

3012930-C

PROCESSING COPY
Reel #40

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY
INFORMATION REPORT

This material contains information affecting the National Defense of the United States within the meaning of the Espionage Laws, Title 18, U.S.C. Secs. 793 and 794, the transmission or revelation of which in any manner to an unauthorized person is prohibited by law.

C-O-N-F-I-D-E-N-T-I-A-L

25X1

COUNTRY	Bulgaria	REPORT	
SUBJECT	Medical Service in the Army	DATE DISTR.	10 October 1956
		NO. OF PAGES	1
DATE OF INFO.		REQUIREMENT	25X1
PLACE ACQUIRED		REFERENCES	25X1

THE SOURCE EVALUATIONS IN THIS REPORT ARE DEFINITIVE.
THE APPRAISAL OF CONTENT IS TENTATIVE.
(FOR KEY SEE REVERSE)

25X1

Attached is a 243-page monograph entitled: Organizatsiya i taktika na meditsinska sluzhba (Organization and Tactics of the Medical Service), issued by the Nauka i Izkustvo Publishing House in 1955 in 2057 copies. It discusses among other things medical service in various military echelons and defense against poisonous substances and atomic weapons.

25X1

When detached from this report, the attachment is UNCLASSIFIED.

C-O-N-F-I-D-E-N-T-I-A-L

STATE	X	ARMY	EYX	NAVY	X	AIR	X	FBI	AEC	OSTI	EYX
-------	---	------	-----	------	---	-----	---	-----	-----	------	-----

(NOTE: Washington distribution indicated by "X"; Field distribution by "#".)

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА
НА
МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА**

Т. Д. ДРОНЗИН, Й. М. НАУМОВ, ЦВ. Н. АНДРЕЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА
НА МЕДИЦИНСКАТА
СЛУЖБА



ДЪРЖАВНО ИЗДАТЕЛСТВО „НАУКА И ИЗКУСТВО“
София — 1955

СЪКРАЩЕНИЯ

АББ — Армейска болнична база	МСР — Медико-санитарна рота
АСР — Авто-санитарна рота	НОВ — Нестойки отровни вещества
БЛР — Болница за леко ранени	ОДО — Отделение за дегазационна обработка
БМП — Батальонен медицински пункт	ОДР — Обмивъчно-дезинфекциона рота
БОВ — Бойни отровни вещества	ОРМУ — Отделна рота за медицинско усилване
БРВ — Бойни радиоактивни вещества	ОТМС — Организация и тактика на медицинската служба
БрМП — Бригаден медицински пункт	ПАЗ — Противоатомна защита
БТМВ — Бронетанкови и механизирани войски	ПАЛ — Патологанатомична лаборатория
ВБВ — Военно-болничен влак	ПАМСС — Полеви армейски медико-санитарен склад
ВВС — Военно-въздушни сили	ПБО — Полеви банен отряд
ВМП — Временен медицински пункт	ПЕП — Полеви евакуационен пункт
ВМС — Военно-морски сили	ПМП — Полкови медицински пункт
ВСВ — Военно-санитарен влак	ППО — Полеви перален отряд
ВСЛ — Военно-санитарна листучка	ППП — Постове за първа помощ
ГВМУ — Главно военно-медицинско управление	ПСДП — Полкови санитарно-дегазационен пункт
ГСМ — Горивно-смазочни материали	ПСТ — Пост на санитарния транспорт
ДМП — Дивизионен медицински пункт	РМП — Ротен медицински пост
ДСДП — Дивизионен санитарно-дегазационен пункт	РП — Разпределителен пост
ЕБ — Евакуационна болница	СБ — Стрелкова батальон
ЕП — Евакуационен приемник	СД — Стрелкова дивизия
ИППБ — Инфекциозна полева подвижна болница	СЕБ — Сортиrovъчна евакуационна болница
КЕБ — Контролна евакуационна болница	CEO — Санитарно-епидемичен отряд
КМП — Корпусен медицински пункт	СК — Стрелкови корпус
КО — Команда за оздравяване	СКП — Санитарно-контролен пункт
КСР — Конно-санитарна рота	СО — Санитарно отделение
ЛР — Леко ранени	СОВ — Стойки отровни вещества
МОА — Медицински отдел на армията	СП — Стрелкови полк
МПП — Медицински пункт на правата	СП — Сортировъчен пост
МРП — Медицински разпределителен пункт	СПАМ — Сборен пункт за аварийни машини
МС — Медицинска служба	
МСБ — Медико-санитарен батальон	
МСВ — Медико-санитарен взвод	

СППБ — Специализирана полева подвижна болница
СР — Стрелкова рота
СТР — Средно тежко ранен
СХЗ — Санитарно-химична запита
ТЕБ — Терапевтична евакуационна болница
ТППБ — Терапевтична полева подвижна болница
ТР — Тежко ранени

ФББ — Фронтова болнична база
ФМСС — Фронтови медико-санитарен склад
ХЕБ — Хирургична евакуационна болница
ХППБ — Хирургична полева подвижна болница
ЧОПЕП — Член отряд на полевия евакуационен пункт

ПРЕДГОВОР

Съвременната война изисква въвличането в бойните действия на многочислени армии и огромно количество бойна техника. Същевременно мощта и поразителността на средствата за воюване нарасна и особено при възможността за употреба на средства за масово унищожение (атомно, химично и бактериологично оръжие). Такава война носи голямо разрушение и неизброими човешки жертви.

Ролята и значението на медицинската служба значително нарастват. Обслужването на ранените в трудните и сложни условия на военната обстановка налага в работата на медицинската служба голямо напрежение и изисква добра оперативност. Както във всяко дело, така и в тая област решаващо значение за успеха в работата на медицинската служба има подготвката на медицинските работници от всички звена за работа в усложнените условия на съвременната война.

Усвояването на особеностите на военновременната патология и организацията на работа на медицинската служба ще е необходимо както за лекарите, работещи сред войските, така и за стоящите на сектора на гражданското здравеопазване, тъй като в съвременната война тилът ще бъде поставен също така под разрушителните удари на мощните средства за поразяване. Ето защо от студентите медици, бъдещи лекари, се изисква да бъдат обучени като добри медици, но такива медици, които успешно биха се справили с особеностите в работата на здравеопазването във военно време. С тези въпроси те трябва да се запознават както в процеса на обучението си във Висшите медицински институти, така и в по-нататъшната си практика.

Предлаганото ръководство е разработено въз основа на опита на съветската медицина във Великата отечествена война по достъпните източници и малкия опит, който авторите имат като преподаватели в тая област.

Разглеждайки основните въпроси на организацията и тактиката на медицинската служба, авторите са се постарали да подредят и под-

несат този материал в ред и форма, подходящи за усвояването му от студентите. Дадени са преди всичко най-важните принципи, върху които се строи работата на медицинската служба във войната, като бяло са посочени и някои тенденции в развитието на тези принципи в съвременния етап от развитието на военната медицина. Отделните положения не бива да се разглеждат като шаблонни и строго заковани норми, а да се схващат като ръководни начала, съобразявайки се с тяхното развитие и с творческото им приложение във всеки един случай.

Това ръководство може да бъде помагало на всеки медик при изучаването на ОТМС и разработването на различни въпроси в областта на военната медицина. Надяваме се, че то ще допринесе за по-добра подготвка на медицинските работници.

Като пръв опит това помагало несъмнено има слабости. Желателно е всички, които го ползват да попомогнат авторите с критичните си бележки. По този начин те ще съдействуват за неговото подобряване.

София
2 ноември 1955 год.

Мед. полковник Иван Г. Харев

У В О Д

Военната медицина е клон от общата медицина и като наука разглежда въпросите за здравеопазването на личния състав на въоръжените сили. Тя е съществуваща още в дълбока древност и ейното развитие е вървяло успоредно с икономическото развитие на обществото, на медицината и науката въобще, като особено голямо развитие има в първата половина на XX век и напоследък в Съветския съюз.

Социалистическият обществен строй даде неограничени възможности за развитието на военната медицина и днес ние сме свидетели на огромните й постижения особено през време на Великата отечествена война на Съветския съюз и след нея. Това нейно развитие върви успоредно с развитието на прогресивната съветска наука, като всяко съвременно постижение на науката и на медицината оказва свое влияние върху военната медицина и обратно. Нима постижения в прогресивната научна мисъл, което да не е използвано в една или друга степен за подобряване на здравеопазването на личния състав на въоръжените сили, а придобитият огромен опит от военната медицина през годините на Великата отечествена война се ползува изцяло в организацията на гражданското здравеопазване в годините на мирното социалистическо строителство.

Основната задача, която стои пред военната медицина, е социалистическите грижи за човека като най-ценен капитал в социалистическия общества. Тий като армията набира своите контингенти от широките слоеве на народа и бойците се намират в армията само известен кратък период от своя живот, а след това остават напъво извън грижите на военното здравеопазване, то голямата част от своя живот те се намират под грижите на гражданското здравеопазване — преди да постъпят във войската и след тяхното уволняване от нея.

Б редовете на войската постъпват здрави и в разцвета на свояте сили младежи от народа, за чието здраве правилно физическо развитие до идлането им във войската се грижи гражданското здравеопазване, и то така, че армията да бъде подсигурена само с годни кадри. След уволняването на тези младежи те остават такъп под грижите на гражданското здравеопазване. Оттук ясно проличава огромното значение на съществуващата връзка между военното здравеопазване и гражданското — между народ и армия.

Разработвайки по строго научен път принципите и методите на медицинското осигуряване на личния състав на войската, военната медицина не може да не съобразява със съществуващите такива в гражданското здравосъздаване. Това налага при разработване въпросите на медицинското осигуряване на армията военната медицина да държи най-тясна връзка с гражданското здравосъздаване и живо да се интересува от неговата организация, методите му на работа и постиженията в различните области на медицинската наука.

При сегашните условия военно-медицинските кадри в нашата страна получават своето медицинско образование във висшите учебни заведения на гражданското здравосъздаване, а след преминаването на известни допълнителни военно-медицински курсове преминават на работа в областта на военната медицина. А през време на война, когато най-добрите кадри на гражданското здравосъздаване преминават в редовете на армията, то границата между тези два сектора на социалистическото здравосъздаване се заличава.

От всички тези неща може да се направи изводът, че е необходимо пълно единодействие и единно разбиране по въпросите за организацията на медицинското осигуряване и в двата сектора. Това единно разбиране съществува, примери за него има много и поради това единство организациите на медицинското осигуряване във войската в мирно време не се отличава почти по никошо от това на гражданското, обаче пред време на война то има съществени отлики.

Организацията и тактиката на медицинската служба е основна дисциплина на военната медицина, чрез която се изучават организационните форми на медицинското състегуяване, отнасящи се до всички останали военно-медицински дисциплини.

Медицинското осигуряване на войската във военно време е основната задача на военната медицина. Изучаването на военновременния травматизъм, патологията и терапията на нараняванията и заболяванията във време на война, пораженията от бойните отровни вещества, атмосферното оръжие и друго оръжие за масово унищожаване, предизвиканото и разпространяването на инфекционни заболявания обосновава медицинското осигуряване на войските във военно време. Особеностите на бойната обстановка, на заболяванията и нараняванията през време на война поставят пред военната медицина по-други задачи от тия, които стоят пред медицинската наука въобще.

Съвременните войни се характеризират с масово участие на голям брой хора, бойна техника и антажиране на цялото население на определена страна с всичките материални и морални сили на народа. Съвременните войни освен с участие на многомилионни армии се характеризират с голяма подвижност на войските и голям брой жертви особено при употребата на оръжие за масово унищожаване. За

кратки срокове от време съвременните войни са в състояние да заличат от лицето на земята богатствата на цяла страна заедно с голяма част от нейното население. Днес войната се води не само на фронта, а по цялата дълбочина на страната и тила. Това поставя остро въпроса за подстегнуването на армията с кадри за попълнение.

Попълването редовете на войската с редовни набори, както показва опитът от последните войни, съвсем не е достатъчно. Затова основен резерв на войската са ранените и болните, особено леко ранените, къмто трябва да бъдат върнати обратно в строя по възможност в най-голям брой от тях и в най-кратки срокове.

Комплектуването на съвременните въоръжени сили с различни родове войски наложи строга диференциация на военния труд, а оттук и разнообразието и различието на травматизма и заболяванията от тия, които са срещат в мирно време. Прилагането на нови средства за водене на война и новата бойна техника доведоха до появяването на нови патологични форми, неизвестни досега, и до големо разнообразие и най-различни комбинации на военновременния травматизъм и заболявания. Естествено е всичко това да наложи нови изисквания и необходимостта от нови форми на медицинското осигуряване, от една страна, а от друга — необходимостта от разделение на военната медицина на редица специфични военно-медицинскни дисциплини, които да могат цялостно да обхващат и задълбочено да разработят въпросите на медицинското осигуряване на войската.

В съвременния етап на своято развитие военно-медицинската наука се дели на три основни раздела, които отговарят на основното направление на прогресивната медицинска наука, съчетано със задачите, които стоят пред медицинската служба във войската. Тези три раздела обхващат:

1. Профилактични военно-медицинскни дисциплини.
2. Организационни дисциплини.
3. Лечебно-профилактични дисциплини.

Засега военната медицина има 16 отделни дисциплини. Всяка от военно-медицинските дисциплини разработва въпросите на медицинското осигуряване в своята област, като дава формите и методите на това осигуряване, изхождайки от постиженията на медицинската наука.

Организацията и тактиката на медицинската наука като основна дисциплина на военната медицина обединява и организира усилната на останалите военно-медицинскни дисциплини, използува техните научни постижения, за да даде най-добрите и най-търкавите организационни форми по медицинското осигуряване на войските. Тези дисциплини обединяват в едно единно място медицинското осигуряване на войските в съвременната война, изхождайки от тактиката и стратегията, която прилагат войските, и постиженията на военно-ме-

дицинската наука. По този начин медицинското осигуряване на войските не е откъснато от общотактическата обстановка, а се провежда при строго отчитане на конкретната бойна обстановка.

* * *

Военната медицина има своя многовековна история, началото на която започва от дълбока древност. До появяването на въоръжените сили като мирновременна организация за военна медицина не може и дума да става. „Докогато въоръжените сили не са били оформени в самостоятелно обособена мирновременна организация, а възникват „като въоръжен народ“ в момента на бойни стълкновения . . . военно-санитарното дело по своята съдържание се явява продължение на този хигиенен режим, който е свойствен на населението в мирни условия . . . , а по отношение на бойните поражения се базира на сапомощ и взаимопомощ“ (Зиновий Петрович Салавон).

С възникването на постоянните въоръжени сили и тяхното развитие в древните робовладелчески държави възникват и първите наченки на военна медицина, която дава начините за оказване на медицинска помощ на ранените на бойното поле.

От известните паметници в древногегиспетската държава се вижда, че медицинската помощ, освен от лекари, изходящи от касиага на жреците, е била оказана и от военни лекари, които са следвали зад войските.

От санскритските ръкописи на древна Индия могат да се вземат изчерпателни данни за начините и методите за обслужване на ранените и болните и тихното лечение. Тези данни показват, че военна медицина в древна Индия е била на високо ниво.

Бурното развитие на робовладелческите държави, изразено най-силно в Атийска Гърция, след гръко-персийските войни се сътвръжда и с небивал разлив на науката и изкуството и в частност на научната медицина. Хирургията и медицинската наука въобще достигат значително съвършенство, обогатени от многочислени наблюдения за лечението на раните. Начало на научната медицина се слага от гения на древната медицинска мисъл Хипократ.

След упадъкът на древна Гърция центърът на воената медицина се пренася в Македонската държава, а по-късно — в Римската империя.

Разпадането на робовладелческото общество и периодът на господството на феодализма се съпровождат от небивал икономически упадък и пълно западане на науката.

Дълбокият упадък във всички области на обществото се отразява и върху военна медицина. В епохата на феодализма в Европа е имало сравнително малко научно образованы лекари, а широките на-

родни маси, дори и представителите на господствуващата класа са прибягвали до медицинската помощ на всевъзможни знахари, шарлатани и самоуди. Опитът и знанията на медицинската наука от древните робовладелчески държави отстъпили място на груб емпиризъм и суеверие.

В този период от време (IX — XIV в.) за разпространяването на науката и културата значителна роля имат арабите, които установили широки търговски връзки между Африка, Азия и Европа, дали възможност за пренасянето на постиженията на медицинската наука. Те запалиха костиженията на гръцката медицина, но значително присенча със суеверие и мистицизъм.

Смяната на феодализма от капитализма и създаването на западноевропейските монархистични държави довели до необходимостта от създаването на постоянни наемни армии за защита на господството на новата класа. Появило се огнестрелното оръжие, където наложило коренна промяна в тактиката на водене на война. В естествознанието и другите клонове на науката настъпили революционни промени, които дали нов тласък на научната мисъл. Духовната диктатура на църквата била отхвърлена и се появили нови смели търсения в областта на медицината, но те не направили нито крачка напред по отношение начините на лечение на огнестрелните наранявания. Раните са лекувани с нахъжене желзо, с наливане в тях на горещо масло с цел да се отстрани „отворното“ действие на куршумите. Естествено е, че с това „лечenie“ не се постигали никакви резултати и за да се спаси животът на ранения, най-често се е прибягвало към ампутации. Правенето на ампутациите значително се усъвършенствувало благодарение на откриването на кръвообръщението от Харвей (1649) и въвеждането на турникета от Морел (1674). Така ампутациите започнали да се правят масово. През време на Възраждането знаменитият френски бърснар-хирург Амброз Паре (1510—1590) направил революция в лечението на раните и на хирургията. Той отхвърлил съществуващите дотогава методи за лечение на раните и предложил нови, като напр. широкото раззваряне на огнестрелните ранни, называеми и с антисептични масла и рядкото сменяване на превръзките.

До Пирогов съществувало неотменното правило, че ранната ампутация има решаващо значение за запазването на живота на ранения.

Н. И. Пирогов въвел нови методи в обработването на раните. Въпреки че той не е познавал микробиологията, всички негови методи за лечение на раните са били провеждани с оглед запазване разпространяване на инфекцията в раните. Неговите методи на глука гипсова превръзка, разсичането на раните и пр. важат и до днес. Заслугите на Пирогов са не само за военно-полевата хирургия, но и за цялата военно-медицинска наука. В неговите трудове се срещат

дизинската наука. По този начин медицинското осигуряване на войските не е откъснато от общотактическата обстановка, а се провежда при строго отчитане на конкретната бойна обстановка.

* * *

Военната медицина има своя многовековна история, началото на която започва от дълбока древност. До появяването на въоръжените сили като мирновременна организация за военна медицина не може и дума да става. „Докогато въоръжените сили не са били оформени в самостоятелно обособена мирновременна организация, а възникват „като въоръжен народ“ в момента на бойни сътресения . . . „военно-санитарното дело по своято същност се явява продължение на този хигиенен режим, който е свойствен на населението в мирни условия . . . , а из отношения на бойните поражения се базира на самопомощ и взаимопомощ“ (Зинови Петрович Салавьев).

С възникването на постоянните въоръжени сили и тяхното развитие в древните робовладелчески държави възникват и първите начинки на военната медицина, която дава начинки за оказване на медицинска помощ на ранените на бойното поле.

От известните паметници в древногръцката държава се вижда, че медицинската помощ, освен от лекари, изхождащи от каската на жреците, е била оказана и от военни лекари, които са следвали зад войските.

От санскритските ръкописи на древна Индия могат да се вземат изчерпателни данни за начините и методите за обслужване на ранените и болните и тяхното лечение. Тези данни показват, че военновременната медицина в древна Индия е била на високо ниво.

Бурното развитие на робовладелческите държави, изразено най-силно в Атийска Гърция, след гръцко-персийските войни се съгръжда и с небивал разцвет на науката и изкуството и в частност на научната медицина. Хирургията и медицинската наука въобще достигат значително съвършенство, обогатени от многочислени наблюдения за лечението на раните. Начало на научната медицина се слага от гения на древната медицинска мисъл Хипократ.

След упадъкът на древна Гърция центърът на военната медицина се пренася в Македонската държава, а по-късно — в Римската империя.

Разпадането на робовладелческото общество и периодът на господството на феодализма са съпровождат от небивал икономически упадък и пълно западане на науката.

Дълбокият упадък във всички области на обществото се отразява и върху военната медицина. В епохата на феодализма в Европа е имало сравнително малко научно образованы лекари, а широките на-

родни маси, дори и представителите на господстващата класа са прилагали до медицинската помощ на всевъзможни знахари, шарлатани и самоуци. Опитът и знанията на медицинската наука от древните робовладелчески държави отстъпват място на груб емпиризъм и суеверие.

В този период от време (IX — XIV в.) за разпространяването на науката и културата значителна роля имат арабите, които установили широки търговски връзки между Африка, Азия и Европа, дали възможност за пренасянето на постиженията на медицинската наука. Те запазили постиженията на гръцката медицина, но значително присъединиха съве и мистицизъм.

Съзнати на феодализма от капитализма и създаването на западноевропейските монархистични държави довели до необходимостта от създаването на постоянни наемни армии за защита на господството на новата класа. Появило се огнестрелното оръжие, където наложило коренна промяна в тактиката на водене на война. В естествознанието и другите клонове на науката настъпили революционни промени, които дали нов тласък на научната мисъл. Духовната диктатура на църквата била отхвърлена и се появили нови смели търсения в областа на медицината, но тя не направила нито крачка напред по отношение начините на лечение на отгнестрелните наранявания. Раните се лекували с нахъжено желязо, с наливане в тях на горещо масло с цел да се отстрани „отровното“ действие на куршумите. Естествено е, че с това „лечение“ не се постигаха никакви резултати и за да се спаси животът на ранени, най-често се е прилагало към ампутации. Правенето на ампутациите значително се усъвършенствувало благодарение на откриването на кръвообръщението от Харвей (1649) и въвеждането на турникета от Морел (1674). Така ампутациите започнали да се правят масово. През време на Възраждането знамениният френски бърсн-хирург Амбрас Паре (1510—1590) направил революция в лечението на раните в хирургията. Той отхвърлил съществуващите дотогава методи за лечение на раните и предложил но-вите, като напр. широкото раззваряне на отгнестрелните ранни, намазаването им с антисептични масла и рядкото сменяване на превръзките.

До Пирогов съществуващо неостроеното правило, че ранната ампутация има решаващо значение за запазването на живота на ранени.

Н. И. Пирогов въвел нови методи в обработването на раните. Въпреки че той не е познавал микробиологията, всички негови методи за лечение на раните са били провеждани с оглед запазване на разпространяване на инфекцията в раните. Неговите методи на глуха гипсова превръзка, разсичането на раните и пр. важат и до днес. Заслугите на Пирогов са не само за военно-хирургата хирургия, но и за цялата военно-медицинска наука. В неговите трудове се срещат

редица указания по медицинското осигуряване на бойните действия на войските, които не са загубили своето значение и на съвременния етап на развитие на военната медицина. След Пирогов руската военна медицина получи такова развитие, че далеч надмина западноевропейската. Своето най-голямо развитие военната медицина получи в Съветския съюз, и то особено през годините на Великата отечественна война, като изигра съществена роля за вършането на голям брой ранени и болни на фронта.

* * *

За съществуване на военната медицина във войската съществува специална организация на медицинските сили и средства, наречена медицинска служба. Тази организация на медицинските сили и средства ѝ е откъсната и самостоятелна, а намира своето място в общата организация на армията и във всяко поделение, част или съединение на армията има звено на медицинската служба, пред които стоят конкретни задачи по медицинското осигуряване на тия поделения.

Задачите на медицинското осигуряване във войските се съществуват от медицинската служба с нейни собствени сили и средства. За тая цел тя разполага с достатъчна материална база и кадри. В личния състав на медицинската служба са включени от санитари до най-добрите специалисти в областта на военно-медицинската наука.

Основната дейност на медицинската служба във войската е медицинското осигуряване на войските в мирно и военно време. Мирновременното медицинско осигуряване на войските се отличава малко от това на гражданската медицинска служба, обаче военновременното има специфични особености, свързани с характера на съвременните войни.

Медицинските служби на Съветската армия и на нашата армия се отличават рязко по своето съхранение и по обема на възлаганите им задачи от медицинските служби на буржоазните армии. Основната разлика между медицинските служби на социалистическите и буржоазни армии е относителното им към человека, към войника, благодарение на чиято доблест и самоотверженост, а иерархия и на кръста и живота му се печели победата. В самата основа на нашето социалистическо отечество е поставена неотслабващата, постоянната и всеобхващащата задача по грижите за човека като основен капитал. Тия грижи в условията на съвременните войни, не само че не отслабват, а, обратно, стават още по-големи, още по-задълбочени и всестранни. Боецът не е пушчен месо, а защитникът на социалистическата ни родина и органите на медицинската служба трябва да използват всички съвременни средства на профилактиката, диагностиката и лечението-

то, те са длъжни да мобилизират всички свои сили, енергия и знания в борбата за запазване здравството на боеца или за най-скорошното и дълъг възстановяване здравето на болните и ранените.

В армийте на капиталистическите страни организацията на помощта за ранените и болните се диктува от съображенето, дали да се проведе мероприятие по лечението се рентира, или не. Най-грижите на медицинската служба се радват ония ранени, на които нараняването е от такова естество, че след тяхното оздравяване те так могат да бъдат експлоатирани било като съвръгане отново на фронта, или се изпратят във фабриките на капиталистите. Тежко ранените не са обект на грижи, тъй като тяхното оздравяване е проблематично, а и след като оздравява, остават в тежест на капиталистите.

През годините на Великата отечественна война медицинската служба на Съветската армия, ръководена от основния закон на социалистическото си отечество за грижите към човека, не допуска възникването на инфекционни заболявания и тяхното масово разпространяване, като наред с това разреши напълно задачите по медицинското осигуряване на войските и лечението на ранените и болните бойци. Ако направим сравнение за върнатите ранени и болни бойци през войната 1914 – 1918 г. и върнатите през годините на Великата отечественна война, ще видим огромна разлика. Докато през Първата световна война руската военна медицинска служба върна в армията от 40 до 45 % от ранените и болните, то съветската военно-медицинска служба върна в строя повече от 72 %. Затия успехи имат заслуга не само съветската военно-медицинската служба, но и целият съветски народ, Комунистическата партия и съветското правителство. За тези успехи имат заслуга както личният състав на медицинската служба, който с небивал геройзам осъществи задачите на медицинската служба, така и личният състав на Съветската армия и нейното командване. Ежедневното внимание на командването към задачите на медицинската служба и нейните нужди биха важен фактор за правилната организация на медицинското осигуряване. Задачите, поставени пред медицинската служба, бяха задачи и за командването и затова имаха успех.

* * *

Като научна дисциплина Организацията и тактиката на медицинската служба разработва въпросите по организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на войските и организационните форми за дейността на медицинската служба.

При разработването на организационните въпроси организациите и тактиката на медицинската служба се ръководи от съвременното състояние и постижения на военната медицина и по-конкретно постиженията на останалите военно-медицински дисциплини и състояни-

то на военното изкуство. Това ѝ дава възможност за осъществяване на здрава връзка както с останалите военно-медицински дисциплини, така и с военната медицина и военната тактика.

В първата глава от общата част на организацията и тактиката на медицинската служба се разглеждат съдържанието и задачите на самата дисциплина.

Във втората глава се разглеждат организацията, съставът и задачите на медицинската служба, като са описани подробно: медицинска служба в стрелковата рота, стрелковия полк и дивизия. При разглеждането на организацията на медицинската служба се взема так на пехотата като основен род войска.

В третата глава се разглеждат основните въпроси по медицинското осигуряване на войските, като под това трябва да разбираме цялата оная дейност, която осъществява медицинската служба по предизвикането, лечението и евакуацията на ранените и болните, снабдяването с медико-санитарно имущество и здравнопроведствата работа, която извършва медицинската служба. В тая глава се обръща особено внимание на съвременната система, по която се строи медицинското осигуряване на войските, като подробно и задълбочено се дават особеностите на тая система.

Основ това в общата част са разгледани въпросите на противовъздушното осигуряване на войските и някои въпроси на бактериологичната война, организирането на медицинското снабдяване, медицинското разпознаване и управлението на медицинската служба.

Специалната част се разглеждат въпросите по медицинското осигуряване на стрелковата рота, батальона, полка и дивизията. В отделни глави са описаны медицинското осигуряване на роловете войски, като се изтъкват неговите особености и медицинското осигуряване в особени случаи. Специалната част завърши с кратки сведения за медицинската служба на отделната армия. В тая глава са дадени най-принципиите неща по организацията на медицинската служба на отделната армия.

Организацията на медицинското осигуряване, организацията на медицинската служба, дадени в ръководството, са напълно по опита на Великата отечествена война на Съветския съюз. Всички цифри, данни, таблици и примери, които са дадени, също така са взети от този опит със съответното тълкуване.

Опинът, който има медицинската служба на нашата народна армия макар и малък също е отразен, а новосъздадените особености в медицинското осигуряване поради опасността от употребата на атомното оръжие са само набелязани, тъй като са обект на доочуждяване.

ОБЩА ЧАСТ

Глава I

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

ПРЕДМЕТ И МЕТОД

За правилното и своевременно организиране на медицинското осигуряване на войските е необходимо то да се осъществява по определени принципи и методи. Такива организационни принципи и методи за медицинското осигуряване дава организацията и тактиката на медицинската служба.

Организацията и тактиката на медицинската служба (ОТМС) е наука за организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на войските. В другите военно-медицински дисциплини (военно-полевата хирургия, военно-полевата терапия, военна хигиена и др.) се изучават в по-голяма или по-малка степен патологията и терапията на военновременните заболявания и травматизъм и дават методите на лечението и профилактиката на тези заболявания. За разлика от тези военно-медицински науки организацията и тактиката на медицинската служба изучава принципите, по които се организира медицинското осигуряване в зависимост от конкретната бойна обстановка. Така че организацията и тактиката на медицинската служба определят от какво зависи организацията на медицинското осигуряване, развитието на организационните форми и методи, смятани на един организационни форми с други и кое определя основните принципи, по които се строи медицинското осигуряване.

В миналите войни оказването на медицинската помощ на ранените и болните, тяхната евакуация, както и предизвикането на бойците от различните инфекционни заболявания са били разположени и недостатъчни. Тази разлокъснатост е довела до редица неблагополучия в медицинското осигуряване на войските. Съществували са само някои отделни елементи от организационните форми на медицинското осигуряване и въпреки наличието на добре подгответи и немалък брой медицински кадри медицинското осигуряване на бойните

действия на войските е било на нико ниво, защото тези медицински работници не са имали почти никаква подготовка по организационните въпроси.

С организационните въпроси на медицинското осигуряване са се занимавали хирурзите, поради това че са имали най-много работа във време на война. Така например видните хирузии на Наполеоновата армия – Перси и Ларей са отдалели специално внимание на организацията на болничното лечение на ранените и болните.

В Русия пръв обрати внимание върху важността на организационните въпроси при оказването на медицинска помощ на ранените и болните на бойното поле Н. И. Пирогов, който каза: „Ако лекарят в такъв случай не си постази глава или преглътък за действува административно, а след това (единко като лекар) то той съвсем ще се обръха и нико неговата гълза нико ранете му няма да окажат помощ“ (т. I, стр. 29. Начала общеж въенно-полевой хирургии). В труда си на Н. И. Пирогов има редика указания по организационните въпроси за оказване на хирургична помощ, както и по въпросите по организацията на болничното лечение на ранените и болните.

След Пирогов в Русия започва все повече и повече да се среща в научните трудове терминът „санитарна тактика“. По същото време и в Западна Европа в труда си на френските и немските автори също се среща този термин.

Въпреки тези начинани опити да се разработят някои от основните въпроси по организацията на медицинското осигуряване, но стойностна система по организацията на медицинското осигуряване не е имало.

В Руско-японската война въпреки наличието на медицински кадри и достатъчно лечебни учреждения в руската армия медицинското осигуряване е било на много ниско ниво и не е дало резултати, поради това че медицинските кадри, на работа в армията, са били слабо подгответи по организацията на медицинското осигуряване. Отчитайки неблагополучието по отношение на медицинското осигуряване във войната с Япония, в руската армия се възвеждат курсове по санитарна тактика за военните лекари. Това обаче не довело до особено подобряване на медицинското осигуряване и през Първата империалистическа война няма никакви промени в организацията на медицинското осигуряване. Първата помощ на бойното поле се е оказала след завършването на боя и в затишне, хирургичната медицинска помощ в близост до фронта почти не е оказана, а е съществувал стремежът да се евакуират всички ранени колкото се може по-далеч от фронта. При такава организация на медицинското осигуряване в бойните действия на войските от руската армия медицин-

ската служба е успела да изврши в строя около 40–45% от общия брой на ранените и болните.

Не по-добро е било положението и във френската и в германската армия през време на Първата империалистическа война. Медицинските офицери не са имали никаква подготовка по организацията на медицинското осигуряване, липсвали са единни теоретични изразявания по основните въпроси на органите администрации на медицинската помощ на бойното поле, поради което медицинското осигуряване не е базирано на здрави организационни принципи.

В германската армия медицинската служба, изхождайки от настъпленията сухих на армията и съвсемането, че ранната хирургична помощ дава много по-добри резултати, въвежда много полезни подобри извршвания с оглед медицинската служба за слеза настъпваща във войната полевоизцелително и хирургичната помощ, включително и болничното лечение, за се извършват в дивизийните и корпусните. Достатъчна степен това е дало възможност на медицинската служба на германската армия да осигури в медицинско отношение бойните действия на войските.

По същото време медицинската служба на френската армия прави обратни изводи за медицинското осигуряване. Изхождайки от големата подвижност на бойните действия и големата тълбочина на военни операции, както и от опасността настъпващият противник да унищожи медицинските средства и учреждения и с това да прозади извъзането на ранените и болните хъм тила, то френската военна медицинска служба е хвърлила всичките си усилия за възможно най-брзо евакуиране на ранените и болните в тила. Тези изводи са позволили на медицинската служба на френската армия да се справи добре, за което е била подпомогната от наличието на добре развита железопътна мрежа в граничните райони с Германия.

Такова разрешение на организацията на медицинското осигуряване, макар и да е дало временни резултати, не може да се счита за правилно, тъй като тези резултати не са се основавали на никакви организационни принципи. Непълното разрешаване на тези организационни въпроси се вижда и от опита на Втората световна война.

Пред времето на Втората световна война медицинската служба на германската армия, изхождайки от принципите на „светковавчната война“, не беше подсигурила огромната по численост Хитлерова армия с достатъчът брой медицински кадри, полеви подвижни учреждения и запаси. Тя разчиташе на мощните транспортни средства за бързата евакуация в дълбокия тил. Това доведе до редица неблагополучия в медицинското осигуряване на бойните действия. Удължаването на евакуационните пътища, унищожаването на транспортните средства в тила на армията и недостатъчният брой на хирургите доведоха до намаляването на обема на медицинската помощ във вой-

сковия район, който беше претрупан с ранени. Липсата на организация на специализираната хирургична помощ доведе до много голяма смъртност сред ранените. По данни на Е. И. Сымирнов във Втората световна война в германската армия са умрели 90 % от ранените бойци в корема и главата, 80 % от ранените в гръденния кош, а от ранените в бедрото със счупване на бедрената kost — 70 %.

Поради наличността на неправилни схващания по основните въпроси на организацията на медицинското осигуряване на войските и на характерното отношение на капиталистите, за които бойците бяха като пущено месо, медицинската служба на германската армия през Втората световна война можа да върне в строя едва 40 % от общия брой на ранените и болните (по Е. И. Смирнов).

Като самостоятелна дисциплина на военната медицина организацията и тактиката на медицинската служба се обособи и получи своя излен разцвет в Съветския съзъс.

Грижата за човека е основната задача на съветската държава, а запазването на здравето и живота на боеща е основна грижа на ръководителите на Съветската армия. Това наложи да се разработят основните принципи на медицинското осигуряване, основавайки се на постиженятията на съвременната медицинска наука. Голямото развитие на военната медицина в СССР и значението, което се отдава на организационните форми, изиграха решаваща роля за развитието и на организацията и тактиката на медицинската служба като отделна научна дисциплина с голямо значение. Това, че ръководството на медицинското осигуряване беше създадоточено в ръцете на медицинската служба, допринесе особено много за развитието на организацията и тактиката на медицинската служба. Военната медицина формуира основните принципи, по които се организира медицинското осигуряване на войските в съвременните войни, по такъв начин, че медицинските работници от Съветската армия можаха да бъдат въоръжени с достатъчно знания и умения, които им позволи да се спряват с изискванията на медицинското осигуряване в съвременният войни. „Известно е, че теорията, ако ти е действително теория, дава на практиката сили за ориентиране, ясност в перспективата, увереност в работата, вяра в победата на нашето дело“ (Й. В. Сталин — реч пред конференцията на аграрните марксисти, 1922).

Изходейки от това стalinско положение, медицинската служба в Съветската армия организира широка теоретична подготовка на военно-медицинските кадри и въобще на медицинските кадри по организация и тактика на медицинската служба.

Организацията и тактиката на медицинската служба като наука за организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на войските е научна основа, върху която се изтражда работата на медицинската служба във време на война. Разбира се, че кон-

кретната Бойна състановка много често налага своеобразни форми и методи на медицинското осигуряване, но те винаги се базират на основните организационни принципи, по които се строи медицинското осигуряване.

За да може организацията и тактиката на медицинската служба като научна дисциплина да даде организационните форми и методи на медицинското осигуряване, тя си служи с историко-експерименталния метод на научноизследователска работа. Изучавайки бойния опит на медицинските служби в миналите войни, организацията и тактиката на медицинската служба използва техния опит, открива положителните страни на миналите организационни форми, както и техните слабости и подобрява тези организационни форми или изгражда нови.

При изучаване дейността на медицинските служби в миналите войни организацията и тактиката на медицинската служба се основава на общественото развитие на съветската епоха, на развитието и постиженията на военната наука, военната медицина и медицинската наука въобще. Само по този начин организацията и тактиката на медицинската служба може да даде правилни, научно обосновани форми и методи на организация на медицинското осигуряване. В това отношение най-добри резултати дава изучаването на бойния опит на съветската военно-медицинска служба през годините на Великата отечественна война на СССР. Опитът на медицинската служба на Съветската армия показва, че правилната организация на медицинското осигуряване и предварителната задълбочена теоретична и практическа подготовка на военно-медицинските работници играе решаваща роля за опазване здравето и живота на бойните и връщането на максимален брой ранени и болни обратно в строя.

Прилагането на най-подходящи организационни форми при медицинското осигуряване в зависимост от конкретната бойна обстановка е осигурявало своевременното оказване на всички видове медицинска помощ и своевременното евакуиране на ранените и болните. Пред времето на Великата отечественна война на СССР медицинската служба на Съветската армия провери на дело основните организационни принципи и методи, дадени от организацията и тактиката на медицинската служба, а също така потвърдила се думите на великия руски хирург Н. И. Пирогов, че „не медицината, а администрацията (организацията)¹ играе решаваща роля през време на война“.

Освен историческото изучаване на бойния опит на медицинските служби в миналите войни организацията и тактиката на медицинската служба си служи и с експерименталния метод. Използу-

¹ Пояснение от автора.

вайки постиженията на другите военно-медицински дисциплини и на медицинската въобще, организацията и тактиката на медицинската служба подобрява организационните форми на медицинското осигуряване, а също така и чрез прилагане методите на решаване на медико-тактически и медико-оперативни задачи на карта и в полеви условия. Полевите занятия дават най-добри резултати, защото те се приближават максимално до бойната обстановка. Провеждането на полеви занятия с участието на войски и при пълното комплектуване на медицинската служба и условното въвеждане на ранени и болни е най-подходящата форма за подобряване на организацията на медицинското осигуряване, както и на организационно-щатната структура на медицинската служба. Провеждането на чисто военно-медицинскни игри с пълното разгъръчане, етапите на медицинската евакуация също така дават добри резултати при изучаването на организационните форми на лечебно-евакуационното осигуряване.

Така че като самостоятелна военно-медицинска дисциплина организацията и тактиката на медицинската служба има своя обширна методика за научноисследователска работа, която се разгърща все по-широко и дава възможност на медицинската служба да използва постиженията на организацията и тактиката на медицинската служба за практическо приложение на нови организационни форми в зависимост от развитието на военната наука и използването на нови средства за водене на война.

ЗАДАЧИ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ТАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Организацията и тактиката на медицинската служба има за задача да изучава:

1. Организационно-щатната структура на медицинската служба.
2. Организационните форми и методите на лечебно-евакуационното осигуряване на бойните действия на армията.
3. Организацията на противоепидемичното осигуряване, медицинското разузнаване и санитарния надзор.
4. Организацията на санитарно-химичната и противоатомната защита при поразяване от БОВ и атомна енергия.
5. Организацията на медико-санитарното снабдяване във военно време.
6. Методите на управление на медицинската служба и мањовъръ със силите и средствата на същата.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ТАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

В съвременния етап на развитие организацията и тактиката на медицинската служба се разделя на обща и специална част.

В общата част влизат следните раздели:

1. Организация, състав и задачи на медицинската служба във военно време.
2. Основи на лечебно-евакуационното осигуряване.
3. Характеристика на силите и средствата на медицинската служба.
4. Основи на организацията на противоепидемичното осигуряване.
5. Медицинско разузнаване.
6. Организация на санитарно-химичната защита и противозатоплнителната защита при употребата на бойни отровни вещества и атомно оръжие.
7. Основи на организацията на медико-санитарното снабдяване.
8. Управление на медицинската служба и мањовъръ със силите и средствата на същата.

В общата част се дават принципните положения, по които се организира медицинското осигуряване и които се базират на съвременното разбиране за водене на бой. В специалната част пък се дава приложението на тези принципи, форми и методи при конкретните видове бой за съответна част или съединение.

В специалната част на организацията и тактиката на медицинската служба се разглеждат организацията на медицинското осигуряване на бойните действия на подразделенията, частите и съединенията в условията на различните видове боевые, при различни условия на местността и годишното време като: бой на населен пункт, гористо-планинска местност, при преодоляване на водна преграда, през зимата и т. н.

Така че организацията и тактиката на медицинската служба дава на медицинските работници теоретични познания по организирането на медицинското осигуряване на бойните действия на войските и помага на медицинските работници да се справят практически със стоящите задачи пред медицинската служба. Практическото приложение на принципите на организацията на медицинското осигуряване, формулирано от организацията и тактиката на медицинската служба, намира своя израз в уставите, наставленията и практики на медицинските начальници. Използването обаче на уставите и разпорежданията без теоретична подготовка би довело до шаблонизиране на формите и методите и би дало лоши резултати при организацията на медицинското осигуряване.

**РОЛЯ И МЯСТО НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ТАКТИКАТА
НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА**

Организацията и тактиката на медицинската служба като самостоятелна военно-медицинска дисциплина наред с общото, което характеризира военно-медицинските дисциплини, има и специфични организационни въпроси. В „Марксизъм и въпросите на езикознанието“ И. В. Сталин казва: „... обществените явления освен това общо имат свои специфични особености, които ги отличават едно от друго и които повече от всяко друго са важни за науката“ (издание БКП, 1952 г., стр. 33). Освен специфичното, което съдържа всяка военно-медицинска дисциплина, като военно-полевата терапия, военно-полевата хирургия, военната хигиена и др., те съържат и редица организационни въпроси.

При сложността на съвременната война и особеностите на чияка отделна операция медицинското осигуряване не може да се обхване от една военно-медицинскa дисциплина. Това е наложило военната медицина да се раздели на много военно-медицински дисциплини, които имат за задача да разработят въпросите по медицинското осигуряване на войските по своите специалности. Обединяването на така разработените въпроси по медицинското осигуряване от отделните дисциплини на военната медицина е задача на организацията и тактиката на медицинската служба. Същевременно организацията и тактиката на медицинската служба е мял на военната медицина, който дава основните организационни принципи, форми и методи на останалите дисциплини.

При разработването на организационните въпроси организацията и тактиката на медицинската служба се основава на постиженятията и на другите военно-медицински дисциплини и на медицината въобще. Разрешаването на организационните въпроси от организацията и тактиката на медицинската служба, без да се изучават зацяло и всестранно особеностите на тактиката и стратегията, е невъзможно. Така че организацията и тактиката на медицинската служба, давайки организационните форми на медицинското осигуряване, обединява лейтмотива на всички военно-медицински дисциплини, от една страна, а от друга страна, военно-медицинските дисциплини с военната наука и изкуство.

За да може организацията и тактиката на медицинската служба да играе обединяваща роля като военно-медицинска дисциплина, тя трябва да следи отблизо развитието на останалите дисциплини и при всяко тяхно постижение да намира организационните форми за, не-

говото приложение в общата система на медицинското осигуряване. Въвеждането на нови средства за водене на война, особено на тия за масово унищожаване, естествено водят до изменения в тактиката и стратегията във воденето на война и също така неминуемо водят и до организационни промени в състава на медицинската служба и в медицинското осигуряване.

Глава II

ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ И СЪСТАВ НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ

Медицинската служба в армията представлява специална организация на медицинските сили и средства в системата на организацията на армията, осъществяваща задачите на военната медицина. Организацията на медицинската служба се подчинява на системата и формите на организацията на армията, като запазва специални форми на организацията, която произтича от задачите, които стоят пред всяко отделно звено на медицинската служба.

Във военно време медицинската служба в армията има важни задачи, които биха формулирани през времето на Великата отечествена война в СССР. Тези задачи са следните:

1. Запазване живота на възможно най-голям брой от ранените и болните и най-бързото им излекуване с оглед най-голям брой от тях в най-кратък срок от време да се върнат в строя.

2. Предпазване от възникване и разпространяване на заболявания във войската, в частност на инфекционните заболявания, и провеждане мероприятия, които способстват за укрепването на здравето на личния състав.

3. Възстановяване трудоспособността и максималното намаляване на инвалидността между ранените и болните (по А. С. Георгиевски). Основи на организацията и тактиката на медицинската служба в действащата армия, второ издание, ДВИ, 1953).

За провеждането и навременното изпълнение на тези задачи медицинската служба организира медицинското осигуряване на бойните действия на войските. Медицинската служба изпълнява тия свои задачи чрез организирането на:

1. Оказването на първа медицинска помощ на ранените и болничната поле, тяхната евакуация и лечение, за която цел медицинската служба разгърща медицински пунктове.

2. Провеждането на профилактични и противоепидемични мероприятия, медицинско разуздаване и санитарен надзор.

3. Снабдяването с медико-санитарно имущество, за което разгърца полеви снабдителни бази.

4. Медико-санитарната подготовка на личния състав на медицинската служба и на целия личен състав на войската.

5. Усиливането на подчинените медицински служби с необходимите им сили и средства.

Медицинската служба трябва да разполага с достатъчно сили и средства за изпълнението на тези задачи и тези сили и средства трябва да бъдат така организирани, че да осигуряват най-добро изпълнение на задачите на медицинската служба. Такава организация на медицинската служба имаше Съветската армия във Великата отечествена война.

При изучаването на организацията на медицинската служба във войската за основа се взема принципната организация на медицинската служба в Съветската армия през Великата отечествена война, и то в пехотата като основен род войска. Организацията на медицинската служба в другите ровове войски се устройва по същия принцип, както и в пехотата, като се отчита специфичността на организацията и тактиката на съответния род войска.

Организацията на медицинската служба в пехотата започва от стрелковата рота. В стрелковата рота има санитарно отделение на ротата, с командир санитарен инструктор. Санитарното отделение на ротата осъществява медицинското осигуряване на същата.

Медицинското осигуряване на стрелковия батальон се организира и осъществява от медико-санитарния взвод (МСВ) и от стрелковия батальон. Командир на медико-санитарния взвод е фелдшер (медицински техник). При необходимост през време на боя медико-санитарният взвод разгърща със собствени сили и средства баталлонен медицински пункт (БМП).

В стрелковия полк има медико-санитарна рота (МСР) с командир лекар, който е първи заместник на начальник на медицинската служба в стрелковия полк. Ротата разкрива полков и медицински пункт (ПМП) със собствени сили и средства. Начальник на медицинската служба в дивизията е дивизионният лекар, а неговият първи заместник е командирът на медико-санитарния батальон.

В стрелковата дивизия има медико-санитарен батальон (МСБ). Медико-санитарният батальон представлява маншюндско подразделение, което през време на боя разгърща дивизионен медицински пункт (ДМП) със собствени сили и средства. Начальник на медицинската служба в дивизията е дивизионният лекар, а неговият първи заместник е командирът на медико-санитарния батальон.

В стрелковия корпус начальник на медицинската служба е корпусният лекар. В стрелковия корпус няма щатни медицински подразделения. Начальникът на медицинската служба в корпуса ръководи работата на дивизионните медицински служби на дивизиите, прилагани на дивизионните медицински служби на дивизиите. При необходимост на корпусния лекар се прилагат към корпуса.

ват медицински учреждения от началника на медицинския отдел на армията.

В отделната армия има медицински отдел на армията. Началник на медицинската служба в армията е армейският лекар. Медицинският отдел разполага с много медицински учреждения, чрез които осигурява специализираната медицинска помощ на ранените и болните и тяхната евакуация. За противоепидемичното осигуряване на армията отделът разполага с много профилактични и противоепидемични учреждения. Освен това армията разгърща снабдителни бази, които осъществяват медико-санитарното снабдяване на медицинските служби и на медицинските учреждения на частите и съединенията.

В тиловия район на армията медицинският отдел разгъва широка система от специализирани медицински учреждения – армейска болнична база (АББ), която е основното място за леченето на леко ранените.

Медицинското управление на фронта разполага също така с много медицински учреждения, обединени в болничната база на фронта (ББФ). Освен това медицинската служба на фронта разполага с достатъчен по количество и разнообразен санитарен транспорт за евакуацията на ранените, противоепидемични средства и бази за снабдяване. Началник на медицинското управление на фронта е фронтовият лекар. Медицинското осигуряване на фронта се организира от медицинското управление.

Общото ръководство на медицинските служби във войската се осъществява от главното военно-медицинско управление. То координира работата на отделните медицински служби и осъществява връзка между военно-медицинските служби и гражданското здравеопазване.

Организацията и съставът на всяко отделно звено на медицинската служба във войската са разчетени за работа при средно напрежение на бой. Известно е обаче, че бойната обстановка много често налага работата на медицинската служба да се увеличи, при което личният състав се оказва недостатъчен. Това пък налага да се пребегне към усилването на медицинските служби на частите и съединенията, където се очаква голямо напрежение на бой, със сили и средства, като им се придава такива за конкретния бой. Същевидно чаването на силите и средствата в ръцете на по-старшите медицински начальници дава възможност на тези начальници да изпращат, там където трябва, в конкретната бойна обстановка, такова количество сили и средства, каквато е необходимо. Това позволява силите и средствата на медицинската служба да се използват най-пълно. Това едно.

Такава организация на медицинската служба дава възможност за най-доброто медицинско осигуряване на войските. Медицинската служба на Съветската армия във Великата отечествена война на СССР имаше именно такава организация и подобрявайки я в хода на самата война, достигна до големи успехи. За жизнеспособността на тази организация на медицинската служба говори фактът, че тя успя да върне обратно в строй 72% от общия брой на ранените и болните.

• • •

Организацията на медицинската служба в нашата армия води своето начало от Освободителната война, когато се сложи началото на нашата войска от българското опълчение в Русия. При сформирането на опълченските дружини в състава им се включват наши лекари и фелшери, завършили своето образование в Русия. Естествено по това време организацията на медицинската помощ на опълченските дружини е била организирана както та на руската армия.

При боевете на Шипка опълченските дружини са били осигурявани в медицинско отношение от предни превързочни пунктове, които били разкрити на връх Столетов (Св. Никола), откъдето през нощта ранените били пренасяни в главните превързочни пунктове. Един от главните превързочни пунктове е бил разкрит на разстояние около 4 km от лазарет на 9-та пехотна дивизия, а друг – в Габрово. Изнасянето и извозането е ставало със силите и средствата на местното население, което е участвувало с коли в пренасянето на боеприпаси.

След успешните боеве на Шипка в Казанлък се разкрива първата българска болница от опълченец-лекар д-р Мирков. Тя била разкрита в женския метох с 200 легла. По-късно се разкриват та-

кива болници в Ст. Загора и Габрово, които били закрити след излекуването на ранените.

След Освобождението били създадени първите гражданска болници в Търново, Свищов, а по-късно и в другите градове на страната. В тях освен местни жители се лекували и болни и ранени руски и наши бойци. По-късно със заповед е било разпоредено да се откриват военни лазарети в губернските градове с по 50 легла, а в останалите места, където е имало пехотни дружини, да се откриват лазарети с по 28 легла.

През 1882 г. се утвърждава Правилникът за медицинската служба, като завеждането на санитарната служба във войската се е сложило, като завеждането на медицинския отдел при Военното министерство, който възлагало на медицинския отдел при Военното министерство, който възлагало на медицинския отдел при Военното министерство. През този пе-

рвод от време положението на военният лекари не е било установено. През 1883 г. било постановено военният лекари да нямат чинове, а тия, които са получили, такива от руската войска, си запазват чиновете като „почетни титли“. Военният лекари обаче се приравняват към строевите офицери и получават звания в зависимост от длъжността, която заемат. Според тогавашния щат на медицинската служба на полка се полагало един старши лекар и двама младши за мирно време или четирима за военно време.

Сръбско-българската война през 1885 г. заварила медицинската служба напълно неподготвена както в кадрово, така и в снабдително отношение. С обявяването на войната почти всички гражданска лекари били привлечени в действуващата армия.

Още в първите сражения при Сливница се установило, че санинаторите са недостатъчни. Благодарение на бързото настъпление на войски медицинската служба е имала възможност да събере ранените. След преминаването на Цариброд в местното училище била разкрита военна болница със 150 легла. Системата на евакуацията на ранените е била такава, че легко ранените се иззовали към София, а тежко ранените се задържали, докато им се даде някакъв вид медицинска помощ, и след това се евакуирали към вътрешността на страната. Поради липсата на полеви лечебни учреждения всички ранени и болни били съсредоточавани в София, където в по-големите обществени сгради били организирани 28 болници с общо 1925 легла. Различните болници били организирани от най-различни организации и учреждения. Това довело до разположеност и липса на всичко единство в дейността на тия болници.

На северната част на фронта били организирани болници във Видин и Лом, като към ломската били разкрити легла и в местната гимназия.

След Сръбско-българската война през 1891 г. се утвърждава закон за устройството на въоръжените сили в Българското княжество. В този закон за първи път на лекарите и аптекарите се давало званието „санитарни офицери“.

Недобрата организация на медицинската служба създала необходимост от организирането на военно-санитарен съвет. Той бил създаден като съвещателно учреждение към санитарната инспекция и имал задача да обсъжда и решава научни и практически въпроси, които се отнасяли до военно-санитарното, ветеринарното, фармацевтичното, санитарно-полицейското и съдебно-медицинското дело, а така също и въпроси от професионален характер. За да се създаде единство в системата на организацията на медицинската служба в мирно време, през 1900 г. било издадено „Положение за санитарната служба във войската в мирно време“. С това се ureждали редица въпроси по дейността на санитарните заведения. Организа-

цията на медицинската служба е била следната: санитарна инспекция (военно-санитарен съвет), санитарна служба в дивизията и дивизионната област, санитарна служба във войсковите части и санитарна служба във военно-лечебните учреждения. За този период е характерно, че началникът на санитарната инспекция е бил подчинен непосредствено на военния министър, което му е позволявало да организира взаимодействието с всички останали поддelenия на военното ведомство.

През 1889 г. били създадени общи гарнизонни болници в градовете Шумен и Пловдив за лечение на заболелите войници в местните гарнизони, като в същото време в частите се поддържал приемни отделения за даване на първа медицинска помощ и почивка на нуждаещите се. През 1891 г. в София била открита обща гарнизонна болница, а през 1893 г. при всяка пехотна дивизия била сформирана дивизионна болница със санитарна команда към нея. Със същата заповед във всички гарнизони, където квартирували една или повече войскови части, се откривали гарнизонни лазарети, ако в тия гарнизони имало гарнизонна болница.

След Балканската война, 1912 г., благотворното влияние на руската военна медицина намаляло поради откъсването на България от ейната освободителка Русия. Постепенно започнало да проника влиянието на западната военна медицина и по-специално на германската.

До 9 септември 1944 година в организацията на медицинската служба не може да се отбележат никакви съществени подобрения и промени. Общо взето, медицинското осигуряване на войските е било на ниско ниво. Липсата на стройна система на медицинско осигуряване и липсата на единни схващания по профилактичната и противоядението борба е довело до пълно неблагополучие през Балканската и Първата световна война. През Балканската война имало голяма епидемия от холера, която отнела живота на десетки хиляди бойци, а през Първата световна война голямата част от войниците боледували от малярия.

След освобождаването на нашата страна от фашисткото иго от братската Съветска армия и след обявяването на война от страна на новото правителство на фашистка Германия медицинската служба на нашата народна армия започна реорганизацията си, черпейки опит от медицинската служба на Съветската армия. През време на Отечествената война, особено през втората фаза, се направиха редица промени, които към края на войната доведоха вече до значително подобряване организацията на медицинската служба. Тези промени бяха проведени с големи трудности, поради това че се провеждаха в хода на самата война, от една страна, и от друга — поради липсата на достатъчно подгответ в организационно отношение кадър.

**ОСОБЕНОСТИ В ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА
ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ**

Дейността на медицинската служба във военно време се отличава с редица особености, които произтичат от характера на съвременната война и условията на бойната обстановка. Докато в мирно време основната задача на медицинската служба е да предизвика войските от заболявания, а лечението на болните остава на втори план, то през време на бойни действия основната насока в дейността на медицинската служба е лечебно-евакуационното осигуряване на войските и на второ място остават профилактичните мероприятия. Разбира се, че извън бойните действия, през време на исчезнала, основната работа на медицинската служба остава профилактиката.

Освен горната особеност, която отличава работата на медицинската служба през време на война от тия мирна обстановка, медицинската служба във военно време работи в условията на бойната обстановка, като приспособява своята дейност към бойната дейност на войските. Това налага медицинската служба да осъществява своята дейност в условията на почти непрекъснато движение в недостатъчно проучени райони. За да може да се приспособи към условията на бойната обстановка, от медицинската служба се изисква голяма гъвкавост. Характерът на съвременните войни изисква от медицинската служба да работи в полеви условия при различни сезони, през различно време на денонционието, при най-разнообразни метеорологични особености (льжд, сняг и пр.). За да може да осъществи своята работа в полеви условия, медицинската служба трябва да разполага със собствен палатчен фонд в който да разкрива своите етапи и учреждения. За преместването на тия палатки и на цялото това имущество, с което работи на полето, необходимо е медицинската служба да разполага със свой собствен товарен транспорт.

Друга характерна особеност в дейността на медицинската служба през време на война е неравномерността на постъпване на ранени. Поради това медицинската служба трябва да има винаги готовността да приеме и да ладе медицинска помощ за къс срок от време на голям брой ранени. Освен това медицинската служба трябва винаги да е в готовност да ладе медицинска помощ на ранените с комбинирани наранявания. В съвременната война, в която се употребяват най-разнообразни средства за воюване, смесените наранявания преобладават. Нараняванията, съчетани с поразяване от бойни отровни вещества или поразяване от бойна отрова със заболяване и пр., могат да бъдат много чести. И затова основните сили на медицинската служба през време на бойни действия на войските е насочена към лечебно-евакуационното осигуряване, а профилактичните мерки остават на по-заден план.

Последната особеност, в която трябва да работи медицинската служба във военно време, е, че етапите на медицинската евакуация и медицинските учреждения работят при непосредствената опасност от поразяване на личния състав и на материално-техническите средства на медицинската служба от бойните средства на противника. Освен това ранените, пристигнали на съответните етапи и учреждения, са изложени на опасността да получат вторични наранявания. При съвременния начин на водене на война, при който опасността от употребата на атомната бомба, химичното и бактериологичното оръжие е така реална, то медицинската служба ще трябва да работи и в условията на тая опасност.

Тия особености, при които има да работи медицинската служба през време на война, ще затрудняват извънредно много работата ѝ, а това ще изиска максимално напрежение на нейните сили за изпълнение на поставените пред нея задачи по медицинското осигуряване на войските.

Глава III

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНО-ЕВАКУАЦИОННОТО ОСИГУРЯВАНЕ

ВОЕННИ ЗАГУБИ И ТЯХНАТА КЛАСИФИКАЦИЯ

Лечебно-евакуационното осигуряване обхваща „мероприятието по оказване медицинска помощ на ранените и болните, тяхната евакуация и лечението им до окончателен изход“ (А. С. Георгиевски).

Обемът на лечебните и евакуационните работи на медицинската служба във военно време зависи в най-голяма степен от броя на военни загуби в хора, и то специално от медицинските такива. Изучаването на тези загуби има съществено значение за командването и за медицинската служба. Данните за излезите от строй бойни и командири и причините за това се следят и обобщават както в процеса на самите бойни действия, така и при завършването на всяка операция, кампания и войната в цялост. Тези данни дават възможност на медицинската служба да си прави необходимите практически и теоретични изводи.

За да предвиди предстоящия обем за работа на медицинската служба във всеки конкретен случай, медицинският началник си прави обусловен разчет на вероятните загуби. Такъв се съставя въз основа на подобното проучване на бойната обстановка и включващия се в нея комплекс от причини, предизвикващи медицинските загуби, и въз основа анализирането на размерите и типовите съотношения на отделните категории медицински загуби при различни условия.

Всички излезли военнослужачи от редовете на действуващата армия, вследствие бойни поражения и болести съставляват общите военни загуби. Досега не е било възприето в тези загуби да се включват загубите на гражданското население, произтичащи от военно-временната обстановка. Трябва да се има предвид, че статистичните данни за тези загуби са приблизителни и трябва да се използват внимателно. В условията на война с употреба на оръжия за масово унищожаване ще изникне въпросът за включване в понятието военни загуби и загубите на гражданското население, възникнали вследствие непосредственото въздействие върху него от различните видове оръжия.

Военни загуби и тяхната класификация

33

За регистрирането и обработването на статистичните данни общите военни загуби се разделят и класифицират по различен начин. За правилна класификация трябва да се ползува един определен и обективен критерий. Тази класификация преследва една практическа цел за медицинската служба – да се осигури на различните категории поразявания в боя най-добра и ефикасна медицинска помощ и лечение.

Общи военни загуби	
Безвъзвратни	Медицински (бойни и небойни)
1. Убити (умрели, преди да им се окаже медицинска помощ) 2. Безследно изчезнали 3. Пленени	1. Ранени 2. Контури 3. Измразени 4. С ногряния 5. Порязани от БОВ 6. Болни 7. Миксти (смесени поражения)

През време на Великата отечествена война на съветските народи най-голямо практическо значение е имала класификацията на общите военни загуби по признака на възвратимост в строя съгласно горната таблица!

Безвъзвратните загуби не представляват обект на медицинската служба. Техниките относителен брой в миналите войни е бил по-малък и е нараснал с усъвършенстванието и въвеждането на нови средства за поразяване. До Втората световна война обобщените данни показваха, че техният размер се движи средно около 20 % от общите военни загуби. По данните от Втората световна война този размер нараства до около 25 %. Няма данни за масова употреба на БОВ и други оръжия за масово унищожаване, но от съществуването ограничен опит и отчитайки поразимостта от такива оръжия, може да се предположи, че в бъдещите войни този процент ще бъде по-голям.

Медицинските загуби обхващат всички поразени в боя и болни, които постъпват за оказване на медицинска помощ и лечение в етапите на медицинската евакуация. Те се разделят на бойни и небойни.

Бойните медицински загуби възникват в резултат на бойните действия на войските, а небойните са от заболявания и случайни травми. Разните видове поражения не бива да се причисляват шаблонно към бойните или небойните загуби, напр. не всички измръзвания са бойни, има случаи и на огнестрелни наранявания.

¹ Таблицата е взета от ЭСВМ, т. III, стр. 785.

² Организация и тактика на медицинската служба

самоубийства, травми и пр., които трябва да се отнасят към небойните медицински загуби. Също така не всички заболявания са небойни загуби — напр. заболявания, възникнали в резултат на нараняване, при действие на войските в маларична местност, петнист тиф или друго инфекциозно заболяване вследствие употребата от противника на бактериологично оръжие, болните от лъчева болест и пр... И в единия, и в другия случай при причисляването на един ранен или болен към категорията на бойните или небойните медицински загуби трябва добре да се анализират обстоятелствата при тяхното произхождение и да се оценят правилно дали те са свързани, или не с бойните действия на войските. Към медицинските загуби не се причисляват амбулаторно болните и ранените, които не напускат строя.

Тази класификация дава възможност за предварително оперативно изучаване на военните загуби и правилно насочване последващата дейност на медицинската служба. За по-задълбочено разработване на тези загуби има създадени други класификации, като тази на Л. С. Камински, която разделя най-напред военните загуби на бойни и небойни, а последните на безвъзвратни и временни. За разработване на материалите по тази класификация е необходимо да се знае крайният изход на всяко раняване и заболяване и тя се използва в следвоенния период.

Условията на бойната обстановка спомогват за развитието на много заболявания (простуди, от гладуване и пр.). Данните от минаващите воини показват, че заболяванията сред войските са били 0,30 — 0,35 % от целия личен състав. При широкото провеждане на профилактични мероприятия и непрекъснато подобряване на медицинското обслужване на войските в Съветската армия през Втората световна война заболяванията са били по-малко от 0,1 — 0,15 %.

Възможно време, в периода на активни бойни действия, ранените постигват масово в кратки срокове на етапите на медицинската евакуация и създават сложност в работата на последните. За всеки бой и операция броят на ранените може да бъде най-различен. За по-добра организация при обслужването на ранените по опита на минаващите воини към ранените се прилагат няколко класификации.

Съотношението на честотата на нараняването на отделните части на човешкото тяло има по-постоянен характер и от всичките ранени по данни на А. С. Георгиевски те се разпределят така: поразявания на горните крайници — 35 — 40 %; на долните крайници — 30 — 35 %; на главата (череп, лице) — 8 — 10 %; на гръдените — 6 — 8 %; на корема — 3 — 4 %; на таза — 2 — 3 %; на шията — 1 — 2 %. Такова класифициране дава представа и ориентировка за локализацията на нараняванията по частите, на човешкото тяло и дава насоки за необходимата лечебна помощ. Тези норми, както и дадени-

те по-долу търсят колебания в зависимост от условията на конкретната обстановка, рода войска и пр.

По-голямо значение има разделянето на ранените на леко ранени, тежко ранени и средно тежко ранени, което се извършва въз основа на тежкото на нараняването и предполагаемия срок за лечение.

Леко ранени са тези, които са получили наранявания предимно на меките тъкани, без засягане на важни органи, големи кръвоснosi съдове, нервни стволове, стави, кости и без непосредствено заплаха за живота им. За пълното им оздравяване е необходимо по-кратко време — не повече от два месеца. Леко ранените са връщат в най-къс срок в строя и могат да бъдат лекувани по-лесно. Те представляват 40 — 50 % от ранените и по-голямият брой от тях се лекуват в армейски и фронтови райони. Леко ранените се евакуират с празно връщащ се войски транспорт.

Средно тежко ранени са най-често ранените със широка наранявання на меките тъкани, на мишницата и предмишница, със счупване на kostите и пр., но без наранявания на важни органи, заплашващи живота. Те се нуждаят от по-голям срок за лечение, отколкото леко ранените.

Тежко ранени са тези, които са получили наранявания, които заплашват живота на ранения или довеждат до тежко нарушение на функциите на организма в цялост. Към тях обикновено се причисляват ранените с наранявания на мозъка, бъл дроб, stomatognathic тракт, счупване на белдата или нараняване на големите стави. Най-често тежко ранените изпадат в състояние на шок.

Тази класификация на ранените има голямо практическо значение и служи преди всичко за определяне на обема на лечебните мероприятия.

Он необходимостта за прилагане на различни способы на транспортирането на ранените се разделят на:

1. Ходещи ранени (30 — 40 %) — те са способни самостоятелно да се движат пеш, без чужда помощ да пристигнат до най-близкия медицински пункт.

2. Седящи ранени (25 — 30 %) — способни да се преместват самостоятелно до най-близкото укритие и с чужда помощ да се доберат до санитарния автомобил или най-близкия медицински пункт. При превозването им на малки разстояния повечето могат да се транспортират в седално положение.

3. Лежащи ранени (30 — 35 %) — неспособни са да се преместват самостоятелно; изнасят ги на носилки и се превозват в лежащо положение.

В хода на евакуацията след 2 — 4 часа от момента на нараняването ходещите и седящите ранени преминават към седящите и лежащите ранени, което увеличава броя на нуждаещите се от превоз-

ни средства. Всички ранени и болни се евакуират от войсковия район към армейските лечебни учреждения с превозни средства. От този етап намалява и значението на тази класификация. За определеното вида на транспортното средство, с която е допустимо да се сваюват ранените, си служим предимно с разделянето на ранените на леко, средно тежко и тежко ранени. Тези две класификации не бива да се смесват. Ходещият ранен може да бъде средно тежко ранен (със счупване на подмищницата), а леко раненият може да бъде лежащ (с нараняване на меките тъкани на краката).

Правилното отчитане и изучаването на поинесените загуби в хода на бойните действия има голямо значение за командването и оперативната работа на медицинската служба. Командването се интересува за загубите в личен състав и възможностите за върщането им в строя. Оценката на даваните загуби и разпределението им по групи насочват медицинските работници по бедещия обем и профиловка на работата на медицинската служба. Определяйки вероятните загуби за вски бой, медицинският началник трябва да подхожда творчески и да използува правилно съществуващите норми и тенденциите от последните боеве. Недопустим е каквото и да било шаблон, а шателно изследване на конкретната бойна и медицинска обстановка. Очакваният размер на предполагаемите загуби и техните характеристики са в основата на оперативната работа на медицинския началник.

В условията на съвременната война при употреба на оръжия за масово унищожение медицинските загуби се характеризират с единновременна масовост, комбинираност и специфичност, което усложнява още повече медицинското осигуряване.

СИСТЕМИ ЗА ЛЕЧЕБНО-ЕВАКУАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

Медицинските загуби са обект на дейността на медицинската служба. Въпросът за оказването на медицинската помощ и лечение на ранените и болните е възникнал още тогава, когато са възникнали първите въоръжени схватки. Оформяването обаче на мероприятията по оказване на медицинска помощ, евакуация и лечение на ранените и болните до окончателен изход в една или друга система е било възможно в по-късно време (XVII и XVIII в.), когато са били създадени постоянни армии, когато медицинската служба е имала полеви лечебни учреждения и средства за транспортиране на ранените и когато развитието на медицинската наука е позволявало да се установят определени принципи за лечението на ранените и болните.

Лечението на ранените се е извършвало в близост до районите на бойните действия или след изтеглянето (евакуацията) им в тила. В зависимост от това са се зародили и съществували две тенденции

за организирането на медицинската помощ и лечението на ранените и болните на война, залегнали в основата на две противопоставящи се системи за лечебно-евакуационно осигуряване: система „лечение на място“ и „евакуационна система“.

„Лечението на място“ предоставя покой на ранените и ги предизвава от временно влияние на транспортировката. Струващето обаче на голям брой ранени и болни в близост до действуваща армия често пъти се е противопоставяло на бойната обстановка и е сковавало маневреността на войските. Такава система е прилагана при бойни действия, неизискващи преместване на лечебните учреждения, при недостатъчно разполагаеми средства от медицинската служба и липса на транспортни средства, при невъзможност да се евакуират ранените и при малък брой ранени.

Необходимостта да има постоянно свободни легла в полевите лечебни учреждения вследствие непрекъснато постъпване в тях на нови групи ранени и болни в периодите на активни бойни действия, осъществяна на средствата за настаняване и лечение на ранените и болните в районите на бойните действия, както и неблагоприятното взаимдействие на близостта на боевете са породили необходимостта от изтегляне на ранените за лечение по-дълбоко в тила.

С развитието на военното дело, с увеличаване маневрения характер на бойните действия на войските, с увеличаване броя на медицинските загуби, с развитието на транспортните средства и използването им за евакуация е нараствало и значението на сваюването на ранените и болните.

Погрешно е да се счита, че тези две основни противоречиви тенденции са съществували изолирано една от друга и последователно са се сменили. Напротив, те съществуват успоредно и в зависимост от преобладаването в по-малка или по-голяма степен на условията, които ги пораждат. В различни по време войни лечебно-евакуационното осигуряване е организирано предимно по една от тези системи. Така например в XIX в. е съществувала и едната, и другата система. Тези тенденции запазили своето значение чак до Втората световна война, ако и значението на евакуацията да се е увеличавало непрекъснато, въпреки че за някои категории ранени, специално за леко ранените, евакуацията се е ограничила предимно до армейския и фронтови тылови райони. Лечението на ранените и болните по системата „лечение на място“ може да бъде налагано от условията на бойната обстановка за известен период от време в определени сектори на бойните действия и в съвременната война (напр. при блокади на Ленинград и Севастопол във Втората световна война).

Обединяването на тези две противоположни тенденции на лечебно-евакуационно осигуряване в една обща система е извършил

видният руски хирург Опел в 1916 г. с предлагането на системата за стапно лечение.

Вместо ранените и болните да бъдат лекувани „на място“ или евакуирани, след като им се окаже помощ в полевите учреждения в дълбокия тил, където да се осъществи лечението им, Опел предложил лечението да се извърши и по пътя на евакуацията по изстановяването им в тила. Това се осъществява чрез разчленяване на медицинската помощ и последователното ѝ оказване в медицинските пунктове и лечебните учреждения по пътя на евакуацията на ранените и болните. По този начин лечебните мероприятия се свързват с изискванията на евакуацията, евакуациите се осъществяват при отчитане състоянието на ранените и необходимостта им от лечение. Освен това характерна особеност за системата „стапно лечение“ е типът на евакуацията, при която всички ранени се изтеглят в мобилична последователност, минавайки през всички разкрити по пътя им медицински пунктове и лечебни учреждения. Такъв тип евакуация е наречен „дренажен тип“ или „евакуация по направление“. Отделните медицински пунктове се разполагат на разстояние 25–30 км, колкото е денонощната преход на конски транспорт. Такава евакуация не е свързана с необходимостта на ранения ст един или друг вид медицинска помощ.

Опел също така е игнорирал и недооценявал влиянието на условията на бойната обстановка върху тактиката на медицинската служба и в частност на обема на медицинската помощ по различните етапи на медицинската евакуация. При системата „стапно лечение“ на Опел състоянието на ранения определя времето и мястото за оказване на необходимата медицинска помощ и изискванията за евакуация, но се изпуска, че при условията на свърмената война изискванията на хирургията не винаги са изпълними във всеки етап. Например при бтствателните действия на Съветската армия в началния период на Великата отечествена война на съветските народи масовата квалифицирана медицинска помощ е оказана едва в армейския район, а не във войсковия тил, където обикновено може да се окаже. „В условията на полевата медицинска служба обемът на работата и изборът на методите за хирургично вмешателство и лечение се определя по-често не толкова от медицинските показания, колкото от състоянието на фронта, броя на постъпващите болни и ранени и тяхното състояние, броя на лекарите и особено хирурите на даден етап, наличието на автотранспортни средства, полеви медицински учреждения и медицинско съхраняване, състояние на времето и денонощие то“ (ЗСВМ, том 3, стр. 512). Това потърждава решаващото значение на условията на бойната и медицинската обстановка за организиране работата на медицинската служба, което е недооценявано от Опел.

С развитието на медицинската наука и диференцирането в хирургията на отделни специалности и с развитието на техниката и особено автомобилния транспорт се създават възможности за развитието на етапното лечение и построяването на евакуацията в зависимост от медицинските показания, от нуждите на ранения от един или друг вид медицинска помощ. По този начин се заражда идеята за евакуация по търъжъ начин, че раненият и болният да пристигнат бързо в този медицински пункт или лечебно учреждение, в който може да му се окаже такъв вид медицинска помощ, от каквато той се нуждае. Отначало са отделяни от общия поток на ранените само леко ранените и инфекционно болните, а за останалите ранени са допускали само прескачане на един пореден етап на медицинската евакуация. Пълно приложение обаче на тази идея отначало не се е получило поради липсата в армията на достатъчно материалини възможности за осъществяването.

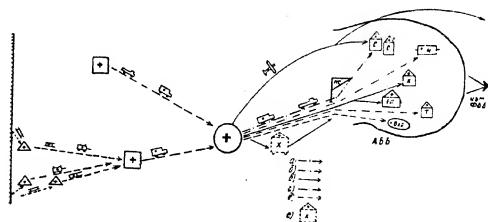
По-късно, използвайки опита на въоръжените схватки на Съветската армия преди Втората световна война, етапното лечение се построява напълно по нов тип на евакуацията, така наречената „евакуация по медицински показания“ или „по назначение“. При тази система големо значение се отдава на своевременното оказване на квалифицирана хирургична помощ на ранените с отправянето им в такива лечебни учреждения, в които могат да получат такава медицинска помощ, от каквато се нуждаят. В основата на тази система, която се доразви и усъвършенствува през време на Втората световна война в Съветската армия, се поставят принципите на единната военно-медицинска доктрина.

Според сегашните схватки „същността на системата „стапно лечение с евакуация по назначение“ се създава в провеждането на последователни и приемствени лечебни мероприятия на етапите на евакуацията в съчетание с евакуацията на ранените (болните) в тила по медицински показания и в съответствие с бойната и медицинска обстановка“ (А. С. Георгиевски).

За осъществяването на системата „стапно лечение с евакуация по назначение“ се създават специални хирургични групи, диференциращи полеви подвижни болници в хирургични и терапевтични, създават същински болници за леко ранени и се отделят автосанитарни средства. Хирургичните полеви подвижни болници се специализират главно в три типа (за ранени в главата, в коремната кухина и гръденния кок и за такива със скучпания на бедрата и нараявания на големите стави).

За изходен пункт на евакуацията по назначение служи дивизионният медицински пункт, откъдето ветрилобразно се насочва евакуацията на различните групи ранени и болни (вж. схема № 1).

Конкретните форми за осъществяване на етапното лечение с евакуация по назначение, обосновани от медицинските изисквания, се определят от решаващите условия на бойната и медицинската обстановка.



Фиг. 1. Принципна схема на лечебно-евакуационното осигуряване
Поток на ранени, показвани с от специализирана помощ: поток на инфекциозно болници; поток на тежко и средно тежки ранени; поток на терапевтично болници; поток на леко ранени; хирургична помощ; полеви болници от I-ва линия

становка. Тази система се развива и усъвършенствува непрекъснато, за да отговаря на развитието на медицинската и военното дело, особено за работа в условията на война с употреба на оръжия за масово унищожение.

ХАРАКТЕРНИ ОСОБЕНОСТИ НА СИСТЕМАТА „ЕТАПНО ЛЕЧЕНИЕ С ЕВАКУАЦИЯ ПО НАЗНАЧЕНИЕ“

Съвременната система „етапно лечение с евакуация по назначение“ се характеризира с някои основни особености, част от които са присъщи и за етапното лечение на Опел. Най-характерното в тази система е специализацията на медицинската помощ и свързаната с нея евакуация по назначение. Ще разгледаме последователно основните характеристики Особености:

I. Разпределение на медицинската помощ. Тази особеност произтича от необходимостта спасителните и лечебните мероприятия да бъдат оказани на различни места (етапи на медицинската евакуация) по пътя на евакуацията на ранените и болните.

В зависимост от това, къде се оказва медицинската помощ, на какъв етап и каква е квалификацията на личния състав и стъкмизваднето, различаваме следните видове медицинска помощ (виж таблицата):

I. Първа помощ. Тя се оказва на самото място на нараняването от самия боец (самопомощ), от другаря (взаимопомощ) или

от личния състав на санитарното отделение на ротата. Първата помощ се състои от най-прости мероприятия за спасяване живота на ранените и облекчаване на страданието. С нейното своевременно оказване се предотвратяват кровоизливите и вторичното инфектиране на раните и се подпомага навременното изнасяне и лекуване на ранените. Ето защо първата помощ заема много важно място в съвременната лечебно-евакуационна система и се оказва непрекъснато през време на боя, под огъня на противника. Неправилно напълно неоснователно е схващането, съществуващо преди 9 септември 1944 година у нас, а сега в медицинските служби на капиталистическите армии, че оказването на първа помощ и изнасянето на ранените може да се извърши само след прекратяване на боя – в междуобосите паузи. Това е свързано с отношението към боеца в тези армии, където на него се гледа само като на пушченочо мясо. По съществуващите данни за Първата световна война 20 % са пада на самопомощ, 15 % на взаимопомощ, а 65 % на другите видове помощ. Това се обяснява с големия процент на наранявания в горните крайници и трудностите за самопомощ при тези наранявания.

Важно обстоятелство е и скоростта за оказването на първа помощ. От данни за Съветската армия се вижда, че на повече от 80 % от ранените е оказана първа помощ до 30 минути след нараняването.

За да се осигури възможността за оказване на своевременна първа помощ на ранените в активните бойни действия, особено при употреба на оръжия за масово унищожение, освен наличността на санитарен персонал и неговата добра подготвота от решаващо значение е да се прорежда и в мирно, и във военно време широка подготвота за оказване на самопомощ и взаимопомощ от целия личен състав на армията, от цялото население на страната.

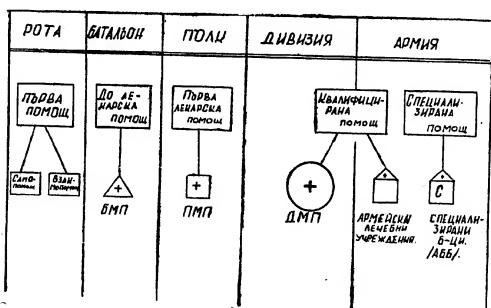
II. Долелурска медицинска помощ. Тя се оказва в близост до мястото на нараняването, в батальона, по правило от медицинските техники (фелдшери).

III. Първа лекарска помощ. Оказва се от лекар в тияла на бойните редове на войсковите части на полковия медицински пункт (ПМП), а понякога и на баталлонния медицински пункт (БМП).

IV. Квалифицирана медицинска помощ. Оказва се от лекар в частност квалифицирана хирургична помощ. Оказва се със средствата на медицинската служба на войсковите съединения и в армейските лечебни учреждения. Своевременното оказване на тази помощ има голямо значение за бързото оздравяване на ранените и връщането им в строй.

V. Специализирана медицинска помощ. Оказва се в специално предназначени болници на ранените, които се нуждаят от хирургични интервенции в областта на черепа, гърдите, корема, бедрото и големите стави; специализираната медицинска по-

мощ и лечение се прилагат и при заболявания (инфекциозни, вътрешни, гинекологични, нервни, кожно-венерични и др.), а така също и на леко ранените, при изгарянките и специфичните заболявания ст употреба на различни оръжия за масово унищожение (виж фиг. 2).



Фиг. 2. Схема за видовете медицинска помощ и етапите, в които се оказва (по Георгиевски)

Медицинската помощ и лечението на ранените и болните се оказват в съчетание с тяхната евакуация. Всички ранени и болни, които се нуждаят от медицинска помощ и лечение, каквито не може да им се осигури в този етап, се евакуират по-назад, а останалите остават, т. е. временно се хоспитализират или до пълното им оздравяване.

Временно се хоспитализират т. нар. нетранспортабилни ранени и болни, чието тежко състояние не позволява превозване. Такава госпитализация се нарича временна и лечението в този етап се осъществява до момента, когато подобряването на състоянието позволява по-нататъшната евакуация. За ранените и болните, които се оставят за лечение на даден етап (уреждане) до пълно оздравяване, хоспитализацията се нарича окончателна, а етапът – краен.

За една част от леко ранените и болните краен етап е ДМП (поградко – ПМП) в т. нар. команда на оздравявачите (КО), а за огромната част от леко ранените и болните – армейските и фронтовите болници за леко ранени. Краен етап за инфекционно болните са инфекционните полеи подвижни болници, а за средно

тежко и тежко ранените – евакуационните болници на фронтовия и вътрешен райони.

2. Последователност и приемственост на лечебните мероприятия. Последователността се изразява в това, че потребните лечебни мероприятия за един ранен се извършват не на едно място, както е в мирно време и във вътрешните райони във военно време, а постепенно по етапите на медицинската евакуация, като обемът на тези мероприятия се разширява за всеки последващ етап. В прилагането на тези лечебни мероприятия трябва да има строга приемственост, т. е. те трябва да бъдат съврзани помежду си, като всяко следващо мероприятие се провежда, отчитайки досега проведените такива, и трябва да продължава, да доизвърши предшествуващото и да подгответа лечебните мероприятия в следващите етапи.

За такова организация на лечебния процес е необходимо да има единство и последователност в провежданите мероприятия по етапите на медицинската евакуация, за да не се нарушава лечебният процес и да се осигури бързото оздравяване на ранените и връщането в строя на по-голям брой от тях. На вски следващ етап трябва да е известно какво са установили у ранения на предиуказания етап, каква медицинска помощ и кога му е оказана. Това може да се постигне чрез вписване на необходимите данни в документите на ранения или болния, като са: медицинската картичка на предния район, лист история на заболяването и евакуационният лист. Ето защо в основата на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“ лежи единната военно-медицинска доктрина.

Единната военно-полева медицинска доктрина обединява основните принципи, върху които се строи работата на медицинската служба. Е. И. Смирнов формулира основите на военно-медицинската доктрина още преди Втората световна война. Според него същността ѝ се заключава в единно разбиране на задачите на медицинската служба, произход и развитието на болестните процеси в условията на военна обстановка, принципите и методите за лечение, евакуация на ранените и болните, съществуване на единна система за провеждане на противоепидемичните и санитарно-хигиеничните мероприятия, а също така използване на силите и средствата на медицинската служба и прилагане на разнообразни методи в нейната работа в зависимост от конкретните условия на бойната и медицинска обстановка.

Лечебно-евакуационното осигуряване се гради на положения, които са проверени във войните и представляват основа на единната военно-полева медицинска доктрина. Така например установленото положение, че всички огнестрелни ранени са първично инфицирани и за по-добра прогноза в лечението се нуждаят от своевременна първична

обработка, налага особености в организацията на лечебно-евакуационното осигуряване. Тези особености са в ръзка зависимост от условията на бойната и медицинската обстановка и от тях произтичат различни частни изисквания и задачи (например за изнасяне на ранените в хода на боя под огън на противника и пр.).

Не трябва обаче принципите на единната военно-полева медицинска доктрина да се схващат догматично, като постоянни. Те се разширяват в зависимост от набирания опит, в зависимост от развитието на медицината и военната наука. Те не само че не замразяват, не шаблонизират работата на медицинската служба, но напротив, дават широки възможности за творчество и разнообразие в правилното им приложение в отделните случаи.

Без такива единни схващания не е възможно да се постигне необходимата приемност в оказването на медицинската помощ.

Както се каза по-горе, лечебните мероприятия, които се прилагат на отделните етапи на медицинската евакуация, освен че са свързани помежду си, но и обемът им се разширява, отивайки от фронта към тила. За всеки етап медицинската евакуация има типични, определени по вид лечебни мероприятия. Тези мероприятия се определят от задачите, които изпълнява този етап в съвременната лечебно-евакуационна система, и се осигуряват от квалифицираната и подготовката на съответствующите на този етап медицински кадри и материалино стъкляване, което тъкъм зависи от условията, които дава бойната обстановка във всяко едно звено. Тези типични за даден етап на медицинската евакуация лечебни мероприятия дават характеристика за идъг обем на медицинската помощ. За БМП е характерна долекарската медицинска помощ, за ПМП – първата лекарска помощ, за ДМП – квалифицираната медицинска помощ.

Обемът на медицинската помощ не е абсолютно постоянно за съответен етап на медицинската евакуация. Той се изменя в зависимост от бойната и медицинската обстановка. Това изменение може да се извърши чрез разширяване или стесняване типичните за съответния етап лечебни мероприятия и сроковете за госпитализация. Например при стабилна позиционна отбрана тези мероприятия и сроковете разширяват максимално, докато в нестабилните участъци на фронта и особено в условията на оттегляне те се намаляват за войсковите етапи на медицинската евакуация до най-неотложните мероприятия за спасяване живота на ранените и подготовката им за евакуация. В първия етап на Великата стечесвенна война – периода на маневрената отбрана, оперираността в ДМП е била снижена до 30 %, а специализираната медицинска помощ е оказана предимно във фронтовите лечебни учреждения. В настъпителния бой обикновено обемът на медицинската помощ по правило се намалява, особено за съединенията и частите, действуващи по главните направления, които

извършват пробив и проникват по-дълбоко в противниковата отбрана. При решителното настъпление на Съветската армия във Втората световна война поради високия темп на настъпление хирургичните операции на гръден кори и корема в изходно положение за настъпление обикновено са извършвани в ХППБ от първа линия, минавайки покрай ДМП, с косто непротабийните в ДМП са намалявани до минимум и се облегчавало неговото преместване напред след настъпващите войски.

Изменението на обема на медицинската помощ в определен етап на медицинската евакуация може да се извърши и чрез възлагането на този етап да извърши лечебни мероприятия, свойствени за друг етап на медицинската евакуация. Например на БМП се възлага оказването на първа лекарска помощ, а на ПМП – квалифицирана медицинска помощ. Това се налага тогава, когато баталйон или полк действува самостоятелно или на отделно направление и не е възможно своевременно осъществяване на този вид помощ на типичния за тях етап. За тази цел БМП или ПМП трябва да се усилят с медицински кадър, имащ необходимата квалификация, и съответно медико-санитарно имущество. Такъв начин на промени в обема на медицинската помощ се извърща в планинско-гориста местност.

Както се вижда, организацията на лечебната помощ и евакуацията на ранените и болни, макар и да се обуславя от медицинските показания в съвременната лечебно-евакуационна система, решително зависи от условията на бойната и медицинска обстановка, които налагат голямо разнообразие в нейното осъществяване.

3. С воевременност на медицинската помощ. Борбата с острите кървоизливи и профилактиката на инфекцията на огнестрелните ранени е главната задача на войсковата медицинска служба. За спасяване живота на ранените трябва бързо да се проведат мероприятия за спирание на кървоизливите, борбата с асфиксиите, сърдечната слабост и пр., а така също да се осигури бързо пристигане на ранените в ДМП, на които трябва да се извършат срочни операции по жизнени показания. Предотвратяването на развитието на раневата инфекция съгласно установените срокове за развитието на същата се постига чрез ранна своевременна първична хирургична обработка на раните и имобилизация на увредените части на тялото. Это защо за спасяване живота на ранените и за недопускане развитието на раневата инфекция медицинската помощ и специално квалифицираната медицинска помощ трябва да се окажат своевременно, като ранените трябва да пристигнат в ДМП не по-късно от 8–12 часа, а в изключителни случаи – до 18 часа от момента на нараняването им.

Наличността на, голjam брой комбинирани поражения във войната с употреба на оръжие за масово унищожение повишава опе-

обработка, налага особености в организацията на лечебно-евакуационното осигуряване. Тези особености са в рязка зависимост от условията на бойната и медицинската обстановка и от тях произтичат различни частни изисквания и задачи (например за изнасяне на ранените в хода на боя под огън на противника и пр.).

Не трябва обаче принципите на единната военно-полева медицинска доктрина да се схващат догматично, като постоянни. Те се разширяват в зависимост от набирания опит, в зависимост от развитието на медицинската и военната наука. Те не само че не замразяват, не шаблонизират работата на медицинската служба, но напротив, дават широки възможности за творчество и разнообразие в правилното им приложение в отделните случаи.

Без такива единни схващания не е възможно да се постигне необходимата приемственост в оказването на медицинската помощ.

Както се каза по-горе, лечебните мероприятия, които се прилагат на отделните етапи на медицинската евакуация, освен че са свързани помежду си, но и обемът им се разширява, отивайки от фронта към тила. За всеки етап медицинската евакуация има типични, определени по вид лечебни мероприятия. Тези мероприятия се определят от задачите, които изпълнява този етап в съвременната лечебно-евакуационна система, и се осигуряват от квалифицирани и подготовката на съответстващите на този етап медицински кадри и материали и стъкливане, което пък зависи от условията, които дава бойната обстановка във всяко едно звено. Тези типични за даден етап на медицинската евакуация лечебни мероприятия дават характеристика за него обем на медицинската помощ. За БМП е характерна долекарската медицинска помощ, за ПМП – първата лекарска помощ, за ДМП – квалифицираната медицинска помощ.

Объемът на медицинската помощ не е абсолютно постоянно за съответното етап на медицинската евакуация. Той се изменя в зависимост от бойната и медицинската обстановка. Това изменение може да се извърши чрез разширяване или стесняване типичните за съответния етап лечебни мероприятия и срокове за госпитализация. Например при стабилна позиционна отбрана тези мероприятия и срокове се разширяват максимално, докато в нестабилните участъци на фронта и особено в условията на отеглене те се намаляват за войсковите етапи на медицинската евакуация до най-неотложните мероприятия за спасяване живота на ранените и подготовката им за евакуация. В първия етап на Великата стечествена война – периона на маневрената отбрана, оперираността в ДМП е била снижена до 30 %, а специализираната медицинска помощ е оказана предимно във фронтовите лечебни учреждения. В настъпителния бой обикновено обемът на медицинската помощ по правило се намалява, особено за съединенията и частите, действуващи по главните направления, които

извършват пробив и проникват по-дълбоко в противниковата отбрана. При решителното настъпление на Съветската армия във Втората световна война поради високия темп на настъпление хирургичните операции на гръденя кош и корема в изходно положение за настъплението обикновено са извършвани в ХПИБ от първа линия, минавайки покрай ДМП, с което нетранспортабилните в ДМП са намалявани до минимум и се е облекчавало неговото преместване напред след настъпващите войски.

Изменението на обема на медицинската помощ в определен етап на медицинската евакуация може да се извърши и чрез възлагането на този етап да извърши лечебни мероприятия, свойствени за друг етап на медицинската евакуация. Например на БМП се възлага оказването на първа лекарска помощ, а на ПМП – квалифицирана медицинска помощ. Това се налага тогава, когато батальон или полк действува самостоятелно или на отделно направление и не е възможно своевременно осъществяване на този вид помощ на типичния за тях етап. За тази цел БМП или ПМП трябва да се усилят с медицински кадър, имащ необходимата квалификация, и съответно медико-санитарно имущество. Такъв начин на промени в обема на медицинската помощ се извършва в планинско-гориста местност.

Както се вижда, организацията на лечебната помощ и евакуацията на ранените и болни, макар и да се обуславя от медицинските показания в съвременната лечебно-евакуационна система, решително зависи от условията на бойната и медицинска обстановка, които налагат голямо разнообразие в нейното осъществяване.

Със едновременност на медицинската помощ. Борбата с острите кръвоизливи и профилактиката на инфекцията на огнестрелните рана е главната задача на войсковата медицинска служба. За спасяване живота на ранените трябва бързо да се проведат мероприятия за спиране на кръвоизливите, борбата с асфикцията, сърдечната слабост и пр., а така също да се осигури бързо пристигане на ранените в ДМП, на които трябва да се извършат срочни операции по жизнени показания. Предотвратяването на развитието на раневата инфекция съгласно установените срокове за развитието на същата се постига чрез ранна своевременна първична хирургична обработка на раните и имобилизация на увредените части на тялото. Ето зато за спасяване живота на ранените и за недопускане развитието на раневата инфекция медицинската помощ и специално квалифицираната медицинска помощ трябва да се окажат своевременно, като ранените трябва да пристигнат в ДМП не по-късно от 8–12 часа, а в изключителни случаи – до 18 часа от момента на нараняването им.

Наличността на, голям брой комбинирани поражения във войната с употреба на оръжие за масово унищожение повишава опе-

повече значението на своевременната първична хирургична обработка на раните. Вниманието в тези случаи се налага преди всичко да се използува за обработка на раните скритият период, когато още не са проявени симптомите на лъчевата болест. След този период проявление лечението на лъчевите мистри е много трудно.

Своевременността на медицинската помощ се постига чрез приближаване етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения към войските и добра организация на изнасянето на ранените от бойното поле.

Приближаването на етапите на медицинската евакуация и лечебните заведения към войските може да се извърши в определени размри, обуславящи се от условията на бойната и медицинската обстановка. Нормите за отдалечаване на различните етапи и лечебни учреждения от войските и един от друг са съкращавани, което е осигурявало своевременното постъпване на ранените и болните в ДМП и в АББ. Тези разстояния са различни за старателните и настъпателния бой. В хода на настъпателния бой с отдалечаването на бойните редове на войските от медицинските пунктове се налага своевременното им преместване напред, за да се съкратят евакуационните пътища. В условията на война с употреба на оръжия за масово унищожение възможностите за приближаване етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения се ограничават от изискванията на противовъздушната защита. Това почиства още повече значението на изнасянето на ранените от бойното поле и бързата им евакуация към последващите етапи, както и взаимодействието между различните звена на медицинската служба.

Досегашният опит, особено опитът на медицинската служба на Съветската армия във Втората световна война, подчертава недвусмислено решаващото значение на изнасянето на ранените за своевременността на медицинската помощ.

За бързото изнасяне на ранените от бойното поле от значение е и правилната организация на изнасянето на ранените в съответствие с характера на бойните действия и релефа на местността и наличността на необходимия брой санитари и санитари-носачи. По правило изнасянето на ранените от бойното поле се е извършвало непрекъснато непосредствено под пушечно-картечния огън на противника. В тези участъци на фронта, където се е обръщало внимание на организацията на изнасянето на ранените от бойното поле и са осигурявани достатъчен брой санитари и санитари-носачи, медицинската помощ се е оказала своевременно и с това бързината и процентът на отново върнатите в строя са увеличавани. Ето защо въпросът за изнасянето на ранените от бойното поле е занимавал винаги армейските и фронтовите лекари. Обръщало се е голямо внимание за подготовката на т. нар. спомагателни санитари и санитари-носачи.

Взаимодействието между отделните звена на медицинската служба добива изънредно важно значение за своевременността на медицинската помощ в условията на война при употреба на оръжия за масово унищожение. Превид едновременната масовост на загубите от ударите на такива оръжия обяснявамо е, че падналите под тези удари части и съединения не ще бъдат в състояние да се спрат сами с големия обем на работа в допустимите срокове. Това налага съкращаване на обема на медицинската помощ и широко съдействие по горните звена. Без такава помощ не могат да бъдат възможни нито обработването на такъв голям брой от ранени, нито тяхната евакуация.

4. Специализация на медицинската помощ. Най-характерната черта на съвременната лечебно-евакуационна система е специализацията на медицинската помощ. Е. И. Смирнов подчертава, че откакто членостно-лицевата хирургия, неврохирургията, лечението на пораженията на крайниците и гръден, кош се отделили в самостоятелни, специални дисциплини на хирургията, то не съществува вече положението, че всеки лекар хирург е лекар на всички категории ранени. Специализацията на медицинската помощ е висша форма на организациите на квалифицираната медицинска помощ. Даването на такава помощ започва от полевите лечебни учреждения. Своевременното оказване на специализираната помощ се постига чрез разкриване и приближаване към войските на специализирани лечебни учреждения по направленията, по които действуват войските, и добре организирана евакуация по назначение. За тази цел медицинските служби в армията разполагат с достатъчен брой полеви и други лечебни учреждения и възможности за тяхната специализация (ХЛПБ в три типа, ТППБ, ИПЦБ, БЛР).

В миналото такава помощ е била оказвана на немного голям брой от ранените в малкото специализирани болници във фронтовия тилъв район и в района на вътрешността на страната.

За ранените, нуждаещи се от специализирана медицинска помощ, такава се осигурява във всички последващи етапи на медицинската евакуация, където за тази цел се разкриват много и най-разнообразни специални евакуационни болници.

5. Евакуация по назначение. За своевременното оказване на специализирана медицинска помощ евакуацията трябва да бъде организирана с отправяне на ранените и болните в такова лечебно учреждение, където те ще получат такава медицинска помощ, от която се нуждаят, без да е необходимо да преминават през всички разкрити на пътя им лечебни учреждения. Например ранен в областта на лицето и нуждаещ се от лечение. Например ранен в областта на лицето и нуждаещ се от специализирана помощ от ДМП или ХЛПБ от първа линия (ХЛПБ, специализирана помощ от ДМП или ХЛПБ от първа линия (ХЛПБ, които се разкриват в близост до ДМП за подпомагане тяхната работа

и маньовър) се отправя към ХППБ за ранявания в главата, независимо че преди да достигне до тази болница, той преминава по-край лечебни учреждения с друго предназначение; терапевтично болните се отправят към ТППБ, леко ранените, които ще се доизлекуват в армейски район – в БЛР, а останалите – в евакуационния приемник (ЕП) за евакуация към фронтовия тилов район; средно тежко ранените, които не се нуждаят от специализирана медицинска помощ, се евакуират към ХППБ от общ профил и т. н. Характерно е обстоятелството, че при по-нататъшната евакуация ранените и болните се евакуират и настаниват временно или за постоянно лечение в такъв тип учреждение (специализирано), което отговаря на характера на нараняването или заболяването им.

Евакуацията по назначение започва от ДМП и ХППБ от първа линия, а за иконки категории, например инфекционно болните – и от по-предните етапи на медицинската евакуация. В ДМП и ХППБ от първа линия, където има лекар хирург, терапевт и пр., се осигурява възможността за квалифицирана сортировка и правилно отправяне на ранените в съответно лечебно учреждение.

СОРТИРОВКА НА РАНЕНИТЕ И БОЛНИТЕ

Сортировката на ранените и болните осигурява правилната организация на медицинската помощ и лечение. Общият поток на ранените и болните се разделя на групи в зависимост от характера на поражението или заболяването, вида и срока на необходимата им медицинска помощ и начина за по-нататъшната евакуация – в условия на конкретната бойна и медицинска обстановка.

Сортировката на ранените и болните в примитивна форма се извършила още в рогния район. Ранените се разделят на две групи: ранени, които могат да се придвижват пеш, и такива, които е необходимо да се изнесат от бойното поле. Това е начална, най-проста форма на сортировка.

В БМП сортировката се разширява, като ранените се разделят в зависимост от срока за необходимата им медицинска помощ, определя се как ранените да се евакуират в тила (лежащи, седящи или ходещи), а така също и най-леко ранените, които могат след превързването им да се върнат в строя.

В ПМП се осъществява първата лекарска сортировка, като резултатите от нея се нанасят в медицинската картичка на предния район.

В ДМП се провежда квалифицирана сортировка. Ранените се разделят на 2–3 потока и решението на лекарите специалисти изхожда от две основни изисквания – необходимостта от медицинска помощ и евакуация. Ако ранените и болните не се нуждаят от меди-

цинска помощ и състоянието им налага и позволява, то те се отправят направо за евакуация.

Сортировката на ранените и болните е задължителен елемент в работата на всеки етап на евакуацията. Тя осигурява точното организиране на работата по оказване на медицинската помощ и евакуацията на ранените при едновременно постъпване на ранените на големи групи в етапите на медицинската евакуация и по-бързо да се обслужват. Данни в това отношение дават видните представители на военната медицина като Пирогов, Склифосовски, Опел и др. В бойни условия при употреба на оръжие за масово унищожение, когато е характерна едновременната масовост на загубите, сортировката на ранените и болните ще бъде от решаващо значение в организационната работа на медицинските пунктове и учреждения за по-бързото оказване на медицинска помощ и по-нататъшна евакуация.

Както се вижда, примитивна и по-проста сортировка на ранените и болните започва още в предните звена на медицинската евакуация, докато лекарската и квалифицирана сортировка и нейната регистрация започва от ПМП – респективно от ДМП. Без квалифицираната сортировка в ДМП с определяне от каква специализирана помощ и в коя лечебно учреждение се нуждае по-нататък раненият или болният е немислимо осъществяването на лечебната помощ по системата „етапно лечение и евакуация по назначение“. Затова сортировката на ранените и болните се счита като основно условие за провеждането на лечебно-евакуационната работа по тази система. Медицинската сортировка има съществено значение и за осъществяването на единната военно-полева медицинска доктрина. С право може да се каже, че добрата и бърза сортировка на ранените и болните е клюц за организацията за оказване на хирургична помощ и евакуацията по назначение.

Медицинската сортировка се извършва както за нуждите на отделните медицински пунктове и лечебно заведение, така и за следващите етапи на медицинската евакуация.

В зависимост от целите, които преследва сортировката, различаваме няколко вида сортировка:

I. Вътрешноопунктова сортировка. При нея се осъществява разделение на постъпващите ранени и болни на групи за отправяне в различните функционални поделения на етапа на медицинската евакуация. Например отделят се болните и поразените, подлежачи на изолация (остро заразни болни, психично болни, поразени от БОВ, но необработени досега и др.), отделят се и се изправят бързо в превързочната тези, които се нуждаят от срочна медицинска помощ, изпращат се направо за евакуация тези, които не се нуждаят от медицинска помощ, и т. н. Към този вид сортировка се отнася и т. нар. междубулнична сортировка, чрез която пристигащите

ранени и болни се разпределят за постъпване в различните лечебни учреждения на определен етап (напр. ЧОПЕП). Медицинската сортировка, която се извършва вътре в самата болница, се нарича вътрешноболнична.

II. Диагностична сортировка. Определя се характерът, обемът, срочността и редът на медицинската помощ, от която се нуждае ранения или болният.

III. Прогностична сортировка. Определя се вероятният изход на 'нараняването или заболяването и ориентиръчната продължителност на лечението.

IV. Евакуационно-транспортна сортировка. Определя се на кой етап на медицинската евакуация (болница) ранените или болният следва да се изпрати за по-нататъшна помощ и лечение, срочността на евакуацията, с какъв транспорт и в какво положение при транспортировката (лежащ, седящ).

Тези основни видове на медицинската сортировка са тясно свързани и взаимозависими. Например за да се определи в кое функционално поделение на медицинския пункт да се отправи раненият, трябва да се извърши основна диагностична сортировка. Определянето, в коя болница да се изпрати раненият или болният, е в зависимост от диагностичната и прогностичната сортировка, а решението за евакуация се взема след оказване на медицинска помощ и т. д.

За организиране на вътрешногунктовата сортировка се употребяват т. нар. сортировъчни марки (цветни, с различна форма). Такива марки се използват най-напред в ПМП (макар и по-ограничено), в ПМП, ППБ, ЕП и СЕВ. В ПМП се използват, като са постъпили големи групи от ранени. Обикновено се използват сини марки – постъпване в превързочната с цифрата 1 в първи ред и в цифрата 2 във втори ред. В ДМП сортировъчните марки се употребяват редовно и в по-разърнат вид. Остан тези марки в полка на ДМП се използват и червени марки – за операционната, съответно с цифрите 1 и 2; бели марки с буквата „O“ – за оставяне в ДМП на нетранспортабилните ранени в тежко състояние и леко ранените; жълта марка с надпис „Изолация“ – за подлежащите на изолация. Използвани са също така и други цветни марки, напр. зелени – за леко ранени, с цифрите 1, 2 и 3. За подлежащите на евакуация върху марката се натискат с молив буквите „Л“ (лежащ) или „С“ (седящ). Сортировъчните марки с различни форми за различните марки са по-подходящи при ограничена видимост.

Сортировъчните марки трябва да бъдат прикрепени на видно място заедно с другите документи на ранения и се снемат чак след напълнение на определеното назначение. Резултатите от сортиров-

ките, свързани с отправянето на ранените и болните в следващите етапи на евакуацията (определене болницата и начинът на евакуацията), се отбелязват на медицинската картичка на предния район.

Медицинската сортировка не е строго определена, шаблонна за определени по тежест, вид и характер наранявания и заболявания. Тя зависи чувствително от условията на бойната и медицинската обстановка и има свои особености във всеки конкретен случай, който се определя при планирането на медицинското осигуряване.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ЕВАКУАЦИЯ

Невъзможността и нецелесъобразността да се провежда лечение на място освен в някои случаи са увеличавали значението и размерите на евакуацията в съвременната война. На евакуациите на ранените и болните не бива да се гледа само от гледна точка на необходимостта за отдалечаване на ранените и болните от районите на бойните действия, за да не се сковава маневреността на войските, но като на отделен елемент заедно с лечебните мероприятия и сортировката в сложния лечебно-евакуационен процес. Независимо от това, че изискванията на боя (да не се сковава маневреността на войските) имат голямо значение, то евакуацията на ранените и болните в никакъв случай не може да се приравнява с евакуацията на съоръженията. Медицинската евакуация е преди всичко важна съставна част на лечебно-евакуационното осигуряване на войските и е неразрывно свързана с процеса за оказване на медицинска помощ на ранените и болните и тяхното лечение. Тази неразрывна връзка и взаимозависимост между евакуационните и лечебните мероприятия, както видяхме, съставлява принципиалната основа на етапното лечение. Ето защо медицинската евакуация е цели:

I. Най-бързо възстановяване здравето на ранените и болните чрез отправянето им в такива лечебни учреждения, които са най-подходящи за тяхното лечение.

II. Осигуряване необходимата маневреност на войските и запазване маневреност способността на средствата на медицинската служба в действуващата армия.

За да се разбере цялостно процесът на евакуацията и различните видове медицинска евакуация, необходимо е да се изясни какъв е път на медицинската евакуация, eveno на медицинската евакуация и евакуационно направление.

Под понятието път на медицинската евакуация се разбира пътят, по който се извършва извозването на болните и ранените. Този път включва в себе си последователно разположените етапи на медицинската евакуация и пътищата между тях.

Под понятието звено на медицинската евакуация се разбира евакуационният път между два етапа на медицинската евакуация и евакуираните по него транспортни средства (напр. пътят за евакуация от БМП до ПМП с конните санитарни линейки, които евакуират по него ранени и болни).

Сборът от пътищата за евакуация (почвени, водни, железопътни), който осигурява евакуацията по дадено оперативно направление, се нарича евакуационно направление. То започва от ДМП и назад и има значение при работата на медицинската служба на армията и на фронта. Медицинската евакуация може да се организира по няколко вида:

I. „Към себе си“. Медицинският началник нареджа извозването на ранените от висшестоящия етап на медицинската евакуация с поверените му транспортни средства. Този вид на медицинската евакуация дава възможност на всеки медицински началник, който изпраща напр. транспорти за евакуация, да го използува в съответствие с обстановката по-rationично и да маневрира с него. Този вид медицинска евакуация е основният, но в някои случаи може да се наложи прилагането и на някои от допусчените видове.

II. „От себе си“. Медицинският началник евакуира ранените с поверените му транспортни средства към висшестоящия етап на медицинската евакуация.

III. „През себе си“. Медицинският началник евакуира ранените с поверените му транспортни средства от висшестоящия етап през своя медицински пункт до висшестоящия етап на медицинската евакуация.

IV. „Зад себе си“. Медицинският началник нареджа извозването на ранените и болните на различните звена на медицинската евакуация зависи от условията на бойната и медицинската обстановка и се извършва с различен транспорт. При това имат голямо значение състоянието на пътищата и наличността на повече или по-малко различни транспортни средства за превозване на ранените.

Евакуацията на ранените и болните на различните звена на медицинската евакуация зависи от условията на бойната и медицинската обстановка и се извършва с различен транспорт. При това имат голямо значение състоянието на пътищата и наличността на повече или по-малко различни транспортни средства за превозване на ранените.

Евакуация до БМП обикновено се извършва на носилки (с изключение на ранените, които могат да ходят леша) и с конски санитарен транспорт. Конският санитарен транспорт има място и в евакуацията до ПМП, а в планински условия и до ДМП и рядко би се използвал по-назад.

Автомобилен санитарен транспорт от Първата световна война насам е станал основен вид транспорт за евакуация на ранените и

болните по почвените и шосейните пътища. Той се използва най-напред от БМП и е доминиращ транспорт в звездното полк-дивизия и в армейския тилов район. Използва се най-често санитарен автомобил, санитарен автобус и приспособени товарни автомобили.

Евакуацията по железниците е основен вид транспорт от армията назад. Употребяват се ВСЛ, ВСВ и ВБВ.

Санитарната авиация намира все повече приложение. Във Великата отечествена война леките самолети са били използвани за пренасяне на ранените от ДМП и полевите лечебни учреждения. Всички условия и изисквания на съвременната война говорят за разширяване на дейността на санитарната авиация. Освен леките санитарни самолети използвани са и тежки санитарни самолети.

Водният транспорт също се е използвал във вид на специални санитарно-транспортни съдове или чрез приспособяване на лодки, шлепове и др.

Пътищата за евакуация често съвпадат с пътищата за връщане на празния транспорт на подвоя. Това е дало възможност този транспорт да се използува за евакуация на леко ранените. Във Великата отечествена война по този начин са евакуирани 40–60% от ранените и болните по почвените и шосейните пътища. Използването на празновъръщашите се автомобили на транспорта на подвоя е било възможно вследствие близкото разполагане на стапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения до пътищата за подвоя и своевременно планиране на използването на този транспорт, за която цел медицинският началник прави конкретни заявки. Освен товарни автомобилни транспорти по същия начин може да се използува и водният, и въздушният.

Организацията на евакуацията трябва да предоставя на ранените и болните най-добри условия за оказване на медицинска помощ и последващо лечение. Най-голямо значение за това има докарването на ранените и болните в съответния етап на медицинската евакуация в срок, осигурявайки своявременна квалифицирана медицинска помощ, и отправяйки им по медицински показвания в специализираните армейски лечебни учреждения. При това е важно да не се допуска претоварване на ранените и болните на отделните етапи на медицинската евакуация и да се отчита травматизиращото влияние на транспортировката. Известно е, че смъртта, настъпваща вследствие на кръвоизлив и шок, е тясно свързана с допълнителните механични травми при транспортировката на ранените. За различните видове транспорт и в зависимост от пътищата вредното влияние на транспортировката е различно. За конския и автосанитарен транспорт в нашите теренни условия и състоянието на пътищата при евакуацията във войсковия район неблагоприятното въздействие на транспортировката върху състоянието на евакуираните ще бъде доста голямо.

Необходимо е винаги да се предприемат мероприятия за намаляване на това въздействие. От голямо значение са предварителната медицинска подготовка на ранените и болните за евакуация, изборът на способа за евакуация в зависимост от състоянието на ранения или болния и неговото състояние, употребяването на приспособления, които подобряват условията за транспортировката и пр. Най-силно е неблагоприятното въздействие на транспортировката при автомобилните транспортни средства, поради което те трябва винаги да имат съответни приспособления.

При евакуацията ранените трябва да се разпределат правилно между етапите на медицинската евакуация, като всеки ранен постъпи в съответно специализирано лечебно учреждение и не се допуска претоварване по отделните етапи. За тази цел се разкриват медицински разпределителни постове (МРП), които канализират евакуацията по назначение от войсковия тил към армейските специализирани болници, разкрити за осигуряване на съответното евакуационно направление.

ЕТАП НА МЕДИЦИНСКАТА ЕВАКУАЦИЯ

За оказване на медицинска помощ и лечение на ранените и болните по пътя на евакуацията се разкриват сили и средства на медицинската служба. Тези разкрити на определено място (район) сили и средства на медицинската служба за приемане, обслужване и евакуиране на ранените и болните представляват етап на медицинската евакуация. Етапът може да бъде медицински пункт (БМП, ПМП, ДМП), лечебно учреждение (ХППБ от първа линия) или група от лечебни учреждения (например ЧОЛЕНП).

На всеки етап на медицинската евакуация, начиная от ПМП, се разкриват функционални поделения за приемане и сортировка на ранените и болните (приемно-сортировъчна), за оказване на медицинска помощ (превъзочна, операционна) и за полежащите на евакуация (евакуационна). Освен тези основни функционални поделения, които представляват гръбнакът на етапа на медицинската евакуация, задължително се разкриват изолатор и площадка (отделение) за дезактивиране на обработка.

Във всеки етап се разкриват и други поделения: функционални и помощни (лаборатория, аптека, кухня, за личен състав, площадка за санитарен транспорт и пр.) в зависимост от предназначението на етапа.

За разкриването на определен медицински пункт и учреждение се извършва подготовка. На първо място се уточнява от отговорния медицински началник мястото и пълнотата за разкриване на етапа. Различно ще бъде разкрит медицинският пункт в зависимост от условията на бойната и медицинската обстановка (от общинския и на-

стъпательния бой, в изходно положение и в хода на боя и пр.). Мястото (площадката) за разкриване на пункта се разпознава от органи на началника на пункта, при което се наблюдават местата за разположение на отделните функционални поделения, наблюдават се евакуационните пътища към и от пункта, използването на местни средства, водните източници, маскировката, организацията на охраната и отбраната им. Определянето, обозначенето и подготовката на мястото на всяко функционално поделение и на пътищата за движение между тях се нарича трасиранка на площадката, при която се спазва принципът да се избегнат кръстосването на движението на превозните и пренасяните ранени и болни. В трасиранката се включват и маркирано на отделните места.

Необходимата площ за разкриване на определен етап на медицинската евакуация е в зависимост от предназначението на медицинския пункт и типа на лечебното учреждение (например различна площ е необходима за БМП, ПМП, ДМП, ХППБ). Етапите на медицинската евакуация в армийски и войски район трябва да са готови да работят при най-сложни условия, да се разкриват извън населени пунктове, бързо да се изнасят и да могат да приемат единовременно голям брой ранени. За тази цел медицинските пунктове във войсковия тил и по-голямата част от армейските лечебни учреждения (т. е. полевите) са снабдени с необходими палатъчни фондове. Не бива обаче разкриването на функционалните поделения да се свързва с един или друг тип палатки. За разкриване на функционални поделения се използват не само палатки, а най-различни възможности (постройки, особено подземни, бландажи, землини, бараки, колиби и пр.). Често се налага комбинирано устройване на медицински пункт или лечебно учреждение в палатки, землини, постройки и пр.

При разкриването на етапите на медицинската евакуация се спазва известна последователност, като първо се разкриват отделните за приемане на ранените и за оказване на медицинска помощ, а последователно след това и останалите поделения. При вътрешното обезвреждане се използват и всички достъпни местни средства и приспособления. За поставяне на носилките с тежко ранени се подготвят поставки, като напречните дъски или дръжчета на тези поставки трябва да останат от външната страна на металичните крачета на носилките, за да не попадат точно под пещниците на ранения.

Особено внимание трябва да се обръща на организирането на охраната и отбраната на етапа. Началникът на всеки етап трябва веднага да установи връзка с поделението, охранявашо района, в което се разкрива етапът, и да състави план за охраната и отбраната, като обръне достатъчно внимание на маскировката, окопаването и конкретизиране задачите по отбраната.

В хода на бойните действия, особено в настъпватния бой, често се налага преместване на етапите на медицинската евакуация. Това преместване е критичен момент и изисква много добра организация, за да се реши и съществи през време на преместването обслужването на ранените и болните, които ще постъпят или се намират на старото място. Преместването се извършва наведнъж или посещено. И в единия, и в другия случай се изисква бързина и точност в работата на личния състав. Това се постига с добро познаване от всеки един на задълженията му при преместването и последователност в осъществяването на отделните мероприятия.

Преди окончателното създане на етапа ранените и болните се евакуират или предават на разкриващи се на старото място или на мариращи се в близост други етапи на медицинската евакуация. При невозможност за предаване на нетранспортабилните те се оставят с персонал и средства за обслужване на място, докато състоянието им позволя транспортиране или се удале възможност за предаването им на други учреждения.

Глава IV

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА АРМИЯТА

Наред с лечебно-свакуационното осигуряване на войските пред медицинската служба с еднаква важност стоят и въпросите на противоепидемичната защита на войските. Борбата с епидемиите е една от основните задачи на медицинската служба през време на война, особено в условията на съвременните воини, когато опасността от употребата на бактериологичното оръжие е така реална. Опитът от войната в Корея показва, че импералистите не подбират средства при воденето на свояте агресивни воини. Този опит показва, друго, че когато медицинската служба има добра подготовка и организацки по противоепидемичната защита на войските, то епидемия сред личния състав на армията не може да се разпростира.

Общите мерки, които медицинската служба организира за предизвикването на войските от разпространяването на заразни заболявания, означаваме като противоепидемични мероприятия. Тези противоепидемични мероприятия, провеждани сред войската, можем да разделим на две основни групи:

1. Профилактични мерки, провеждани във войската въобще преди появяването на епидемия с цел да предпазяваме ѝ.

2. Мероприятия, провеждани в отгнището на заболяването в дозълнение на провежданите по-рано профилактични мероприятия.

Това деление до известна степен е изкуствено, тъй като профилактичната и противоепидемичната работа са едно единно цяло и при практическата работа на медицинската служба не бива да се разделят. Изучаването на тези две системи от мероприятия, намиращи се помежду си в тясна връзка, осигурява единството на методите, провеждани при оценка на епидемичните състояния на войските и райони и единните принципи при противоепидемичната борба.

Трябва да се изясни, че провежданата система от мероприятия няма нищо маловажно и излишко и работата на всяко звено от тая система има значение за цялостното и успешното провеждане на противоепидемичните мероприятия. Неуспехът в противоепидемичната борба най-често се дължи на несериозното и безответственото отношение, на което и да било звено от тази система към провежданите мероприятия. Например ако се закъсне с изолирането на ин-

фекциозно болния, то всички останали мероприятия не ще дадат реален резултат. Пренебрежителното провеждане на дезинфекцирането в отнището на инфекцията е в състояние да направи излишни всички усилия за ликвидирането на това огнище.

Опитът от миналите войни показва, че загубите, нанасяни на войските от епидемиите, които са съпровождали почти всички войни досега, десетки пъти надминават бойните загуби на тия войски. Това се вижда много добре от приложените таблици.

Таблица 1

№ по ред	Войни	Брой на войските	Брой на умрелите	
			от ранни	от болести
1	Кримска (1854—1856) Френско-турски Английчани	300 000 94 000	20 000 4000	75 000 17 500
2	Американска (1861—1865) Американци	807 000	93 960	186 742
3	Австро-германска (1866) Пруски	438 000	4450	6427
4	Итало-франска (1859) Французи	200 000	6174	2500
5	Франко-пруска (1870—1871) Германци	887 000	28 282	12 189
6	Руско-турска (1877—1878) Задунавска руска армия	900 000	19 644	75 145

Таблица 2

№ по ред	Войни	Брой на умрелите	
		от болести	от ранни
1	Кримска (Севастополска) (1854—1856)	88 798	15 820
2	Руско-турска (1877—1878)	80 000	7000

Таблица 3

Безвъзратните загуби на европейските армии
през време на воините от 1738 до 1865 година

Умрели	8 000 000
Отрави	1 500 000
От болести	6 500 000

От така приложените таблици (по И. Е. Смирнов) се вижда съотношението между загубите от бойните травми и от епидемиите. Тия данни, дадени по-горе, все пак не са достатъчно пълни, тъй като

те дават само загубите от епидемии сред войските, а смъртността сред гражданското население, сред което също така са се разпространявали епидемии, които са правили по-големи опустошения, отколкото сред войските, не е показана.

При съвременната организация на противоепидемичните мероприятия и при съвременните постижения на науката естествено тези съотношения чувствително са се изменили, като загубите от епидемии са сведени до минимум, разбира се, там където има добра организация на противоепидемичните мероприятия.

В мирно време основната задача и работата на военната медицинска служба е предпазяването на войските от заболявания, т. е. профилактичната работа. През време на война тези профилактични мероприятия не отпадат, но през време на бойни действия минават на втори план, тъй като логистичното осигуряване на войските през време на бой не търпи никакво отлагане.

Противоепидемичните и профилактичните мероприятия, които трябва да се проведат във войската, се определят от вида на предстоящия бой и неговите етапи; от данните на санитарно-епидемичното разузнаване; от данните на санитарно-епидемичното състояние на противниковите войски и на районите, заемани от него, и от сезона на епидемичен фактор, имащ значение за войските.

Тези данни, взети и тълкувани правилно, имат съществено значение за обема на мероприятията по епидемичната защита на войските.

Към групата на профилактичните мероприятия, провеждани против проникването на инфекционни заболявания сред войските, спадат:

I. Общи профилактични мероприятия.

II. Мерки за повишаване специфичната устойчивост на бойците към инфекцията.

III. Мерки против внасянето на инфекции във войската.

IV. Мерки против разпространяването на заразата от болните и бацилоносителите, напирани се вътре в частите и поделенията.

В общопрофилактичните мерки, провеждане във войската, се включват мерки по провеждане контрол за бита на войските, контрол на водоснабдяването и храненето, контрол на правилата за лична и колективна хигиена, а така също и контрол за правилно събиране, пазене и обезвръщдане на нечистотите. Към общопрофилактичните мероприятия спадат и провеждането на медицинско разузнаване, и санитарно наблюдение за своевременно откриване на огнищата на инфекцията, а така също и провеждането на санитарнопросветна работа във войската за запознаването на офицерите и сред личния състав на войската за запознаването на офицерите и войниците с правилата на колективната защита от инфекционни заболявания.

В мерките по повишаването на специфичната устойчивост на бойците към инфекциите се включват: правенето на предзапазни вакцинации и имунизации против най-често срещащите се инфекционни заболявания и даването на бактериофаг против стомашно-чревните инфекции.

Към мерките, повишаващи специфичната устойчивост на организма, спада и химиопрофилактиката за предпазването от малария имунизиранието на лица, наимащи се в непосредствен контакт с болни от особено опасни инфекции, като чума, холера и др.

В мерките, провежданите за предизвикането на войските от проникването в тях на инфекционни заболявания, спадат: строгият контрол за всички лица и групи, временно пребиваващи в частите и подразделенията или извън отъзи. Този контрол се осъществява на пропуските пунктове, на които пътувате идващите отъзи бойници и поделения се подлагат на целенасочен медицински преглед за откриването на болни или съмнителни за инфекционни заболявания, като задължително се провежда санитарна обработка на всички, а при необходимост и карантиниране. На идващите попълнения в частите и подразделения се правят предизвикани вакцинации или имунизации. По основните пътища на прививяване на войските се организират санитарно-контролни пунктове (СКП) за контрол на преминаващите войски по тия пътища. Когато се откроят санитарни неблагополучия, то войските се спират за санитарна обработка и след това продължават своя път. Към мерките по предизвикане на войските от насъните на инфекция отъзи спада и санитарното наблюдение на района, в който се намирате, и особено на местното население, като се ограничиха или забраниха конкретни на войската с него.

В мерките, вземани против разпространяването на инфекциозни-
те заболявания от болни или бактерионосители, намиращи се извър-
в частите и съединенията, спадат мероприятията по воден редовен от-
чет на преболедувалите от различните инфекциозни заболявания. Този
отчет и наблюдение на преболедувалите е за различен срок в зави-
симост от вида на заболяването. Така например за дисентерията — за
две години, за малярията — за една година, за коремния тиф — за
времето, за което болният е във войската, и пр. Тези хора се подлага-
тат на системни изследвания, а при необходимост се изолират. Тряб-
ва особено много да се внимава тези хора да не се допускат на ра-
бота в хранителните блокове. Освен тях под такова наблюдение се
намират и лицата, работещи в хранителните блокове, водоснабдяван-
ето и хлебопроизводството, независимо от това, дали са преболедув-
али, или не от инфекциозно заболяване. По правило преболедувал-
ите от стомашно-чревни заболявания не се допускат на работа в спом-
натите блокове.

Трябва да се помни, че профилактичните мероприятия, провеждани извън бойните действия на войските, а доколкото е възможно и през време на боя, играят решителна роля за защитата на войските от проникването сред тях на инфекционни заболявания и водят до възможността да се разпространят епидемии.

Втората голяма група мероприятия, провежданіи против инфекціонните заболявания, са насочени към ликвидирането на възникнала атапидемии или групата от заболявания. Към тия мероприятия спадат:

I. Възможното най-ранно откриване на болния и неговото изолиране.

II. Ранната и точна диагностика на заболяването

III. Изолирането на болния.

IV. Провеждането на мероприятия по обеззаразяването на огнището на инфекцията.

V. Мерките за противоепидемичната защита на лицата, намиращи се в контакт с болните

VI. Епидемичното обследване на всяко заболяване за открива

чето на източника на заразата.

VII. Епидемичното наблюдение за ликвидирането на очнището на инфекцията.

Ранното откриване на инфекционно болни и изолирането им е един от най-сигурните средства за прекъсването на пътят на по-нататъшното разпространяване на инфекцията. Изолацията на болните е едно от най-сигурните средства за ограничаването на спредъванията и тяхното локализиране. Изолацията се извършва само в инфекционната поликлиника и болница (ИППБ).

Ганната и точна диагностика позволява още в самото начало да се проведе както специфична терапия на болнина, така също и специфична предпазна имунизация на контактиите. След поставяното на диагнозата болният веднага трябва да се евакуира по назначение. Той не бива да се задържа продължително време в частите, а по възможност само толкова, доколкото да се уточни диагнозата, и то само в изолатор. Болният се евакуира направо към инфекционната поликлиника или подвижна болница, като не се спира по пътя на евакуация в останалите етапи. Болни от особено опасни инфекционни болести по принцип не се евакуират, а за тяхната изолация се изпраща специализирана инфекционна болница, където болните се изолират на място.

В огнището на инфекцията се провеждат мероприятия по обеззаразяването на личните вещи на болния, също и помещението, в което е бил болният, и провеждане на дезинсекция и дератизация на мястото, където се е намирал той.

За ограничаването и ликвидирането на инфекциозното огнище се провежда щателно обследване на съприкосновеците и в повечето

случаи, ако това е необходимо, те се карантинират. По-често е те да се поставят под наблюдение за срок, равен на инкубациония период на съответното заболяване, и на всички се прави санитарна обработка и специфична имунизация. Но ако не открием източника на инфекцията и съответното му отстраним, то всички останали мероприятия няма да дадат никакви реални резултати. Епидемичното наблюдение за ликвидирането на огнището на инфекция е съществено звено в системата на противоепидемичната борба. Това наблюдение е много важно, поради това че не всякога сме в състояние да открием истинския първоизточник на заразата. В такива случаи източникът си остава да съществува и заразата се разпространява, а с това и ликвидирането на огнището се забавя и затруднява много.

Тази система от мероприятия по предпазването на войските от епидемии съставлява същността на противоепидемичната им защита. Необходимо е медицинските работници във войската да се запознаят добре с нея, което ще осигурило единен подход към оценяването на съответната епидемична обстановка и единство в принципите на противоепидемичната борба.

За осъществяването на тази стройна система от противоепидемични мероприятия извънредно важно е разпределението на функциите в областта на противоепидемичната работа, добрата предварителна организация на работата, а така също и включването в тая борба както на всички звена на медицинската служба, така и на целия личен състав на войската — войнишки и офицерски, без съзнателното участие на които противоепидемичната борба не може да бъде успешна.

За ефикасността на противосилендемичната борба извършено важно значение има работата, която извършива санитарният инструктор по ротата. Той като санитарният инструктор е в непосредствена близост до бойците, той има възможността най-рано да открие инфекционно болните. За откриването на тези болни той е длъжен непрекъснато да провежда санитарно-епидемично разузнаване на своята рота и на района, в който се намира ротата, и при откриването на инфекционно болен трябва веднага да го отпрати към баталлонния медицински пункт. В отгнешето на инфекцията той трябва да проведе дезинфекция и санитарна обработка, когато това е необходимо, да проведе и бактериографиране, химиопрофилактика и имунизиране, попреководството на фелдшера на баталиона. С помощта на санитарите санитарният инструктор провежда всички озенни мероприятия по опазването на бойците от външливост и контролира водоснабдяването, като раздава индивидуални средства за хлорирането на водата. Той следи за правилното приготвяване и раздаване на храната и за спазването на правила на личната и колективната хигиена от страна на бойците в района на ротата.

Санитарният инструктор провежда тези мероприятия през време на затишие или извън бойни действия, като, разбира се, не ги изпуска изпредвид и в хода на бойни действия.

В стрелковата баталън с противовоенномедицинска работа се занимава командирът на медико-санитарния взвод — медицинският техник (фелдшер), под чието ръководство се назначават санитарните инструктори на ротите. Медицинският техник следи за навременното провеждане на по-горе описанието мероприятия от страна на санитарните инструктори в ротата, като ги подпомага чрез непосредствено ръководство. Откритите инфекционно болни в района на баталйона той веднага отправя към полковия медицински пункт отделно от потока на ранените и останалите болни.

В стрелковия полк организирането и провеждането на противоепидемичните мероприятия е задължение на младшия полкови лекар, който е назначен епидемиолог на полка.

Санитарно-епидемичното разузнаване и наблюдение в района на стрелковия полк е важен метод за противоепидемична работа, тъй като личният състав на полка може първи да се срещне с епидемичното огнище по пътя на своето движение. Затова няш-често в стрелковия полк се изгражда противоепидемична група, в състава на която или за младшият лекар, един фелдшер и един санитар, който изпълнява длъжността на дезинфектор. На тази група се възлага организирането и провеждането на санитарно-епидемичното разузнаване. Тази група с полковото звено на противоепидемичната служба под ръководство на нещатния епидемиолог на полка. В ръцете на полковия епидемиолог се намират всички противоепидемични средства на полка и своята дейност той се ръководи от непосредствените указания на начальника на медицинската служба — старши лекар и от епидемиолог на линията, с когото дължи постоянна връзка.

При противовъзпиемичната защита на войската стрелковата дивизия е една от най-важните задачи на дивизионния лекар. Негов първи помощник в това отношение е командирът на санитарния завод на медико-санитария батальон, който е и епидемиолог на дивизията. Той е организатор и ръководител на противовъзпиемичната работа във всички части и подразделения на дивизията. В неговите ръце съсредоточени са всички средства за противовъзпиемичната борба в стрелковата дивизия. В лабораториите на санитарния завод на мелико-санитария батальон той може да проведе бактериологични, серологични или клинични изследвания. В своята работа той се ръководи от указанията на дивизионния лекар и епидемиолог на армията.

В изолатора на дивизионния лекар и спасителен пункт се наблюдава само съмнителните за инфекционни заболявания бойци и то само за времето, докато се уточни диагнозата. Задържането на бойците от изолатора трябва да бъде колкото се може по-късно време.

ме. Болни с уточнена диагноза се евакуират направо по назначение в инфекциозната полева подвижна болница.

Противоепидемичната работа в нейната цялост съставлява една от най-важните задачи на начальника на медицинската служба на армията. Близките помошници е армейският епидемиолог и начальникът на противоепидемичното отделение на медицинския отдел на армията. Армейският епидемиолог е длъжен непрекъснато да организира изучаването на епидемичните състояния на района на действия на армията, да организира непрекъснато санитарно-епидемично разузнаване със силите и средствата на медицинските служби на частите и съединенията на армията и да запазва мяновър с противоепидемичните средства на армията. Той е длъжен да провежда контрол на противоепидемичната работа в частите и учрежденията с помощта на консултации и указания на място, да разработва конкретни планове за противоепидемичната работа в определени срокове и да ръководи дивизионните епидемиолозии в тяхната ежедневна работа.

Армията разполага с достатъчен брой и достатъчно противовирусни, антибактериални и противогрипни средства и затова те е последен етап в евакуацията на инфекциозно болните. Армията е бариера, прехвърляща по-нататъшното разпространяване на инфекциозните заболявания както от фронта към тила така и обратно.

Масовата евакуация на инфекциозно болните от армейската болнична база назад е забранена освен в случаите, когато ще трябва да се отсъсти даден район на противника. В такива случаи при евакуацията на болните се вземат всички предпазни мерки, за да не се разпространят инфекцията. В обикновени случаи към тила може да се извозят само болни с хронично протичане на заболяването, като например хексаксис при малярия, дистрофично болни при лизантенит и пр.

Евакуацията на инфекционно болните от съответните етапи, където те се намият, до инфекционната полева подвижна болница се осъществява само със санитарни транспорт на болницата, като този транспорт при всяко отделно иззвозване се поставят болни само от един вид заболявания. След пренасянето на болните транспортът трябва да се обеззарази, а придвижващият го санитарен персонал се да подложи на санитарна обработка. Транспортът трябва непременно да има кофи с капаци за събиране и дезинфекция на отделимата на болни етап. Санитарният транспорт на инфекционната полева подвижна болница осъществява евакуация само „по назначение“ и взема болни от тия етапи, от които има предварителна заявка.

Совсем специални санитарни транспорти на инфекционната поликлиника подвижна болница евакуацията на инфекционно болните може да се извърши по изключение и със санитарни транспорти на медицинските служби на частите и съединенията по самото време.

има добри условия за пълна дезинфекция на транспорта след извозването на болните.

Основните противоепидемични учреждения, с които разполага медицинската служба на армията, са:

- Санитарно-епидемичният отряд (СЕО).
 - Инфекционната полева поддържка болница (ИППБ).
 - Обмивъчно-дезинфекционната рота (ОДР).
 - Санитарно-контролният пункт (СКП).
 - Полевият банен отряд (ПБО).
 - Полевият перален отряд (ППО).

С. Попелят и Переял отряд (ППО).
Тези учреждения, разполагащи с достатъчно сили и средства, са мощно оръжие в борбата против епидемиите. По правило тия противоепидемични средства работят в района на армията, но когато конкретната бойна обстановка позволява, някои от тях могат да бъдат изнесени напред в районите на следнищията, а даже и на частите. Общо характерното за тях е, че всичките разполагат с подвижно имущество и собствен транспорт, което ги прави много лесно подвижни. В повечето случаи те отиват там, където има санитарно-епидемично неблагополучие, и провеждат своята работа в отгнишето на епидемията. В изключителни случаи и при специални показания тия средства могат да се използват за санитарна обработка на местното население, като често пъти обработеното от робство мястото население е в много лошо санитарно състояние и представлява непосредствена заплаха за войските.

ВИДОВЕ САНИТАРНО-ЕПИДЕМИЧНИ СЪСТОЯНИЯ

За правилната организация на противоепидемичната работа трябва да има единни разбирания от всички медицински началници за санитарно епидемичното състояние на частите, съединенията и районите, в които те се намират.

Санитарно-епидемичното състояние на войските или на района, в който те се намират, определяме като: благополучно, неустойчиво, изобилствателно и чрезчично санитарно-епидемично състояние.

- неблагополучно и извънредно санитарно-епидемично състояние.

I. Благополучни в санитарно-епидемично отношение считаме

а) Войскова част или съединение, в които няма никакви инфекционни заболявания или има единични инфекционни заболявания без връзка едно с друго или появяващи се в срокове, по-големи от инкубационния период на съответното заболяване (без да е особено опасна инфекция), при условията на задоволително санитарно-килинично осигуряване.

- б) Район, в който или в съседните му райони, в това числo и войсковите части, които са разположени в съседните райони, няма

остри инфекциозни заболявания или ако има такива, то те са единични и в съответните условия не представляват непосредствена опасност за войските.

III. Неустойчиви в санитарно-епидемично отношение считаме:
а) Войскова част или съединение, в които се появяват даже единични остро инфекциозни заболявания, свързани едно с друго, или при появяването на групови заболявания без тенденция за по-нататъшното разпространяване на епидемията при задоволително санитарно-хигиенно осигуряване. Неустойчиво санитарно-епидемично състояние има при разполагането в район с неустойчиво или неблагополучно санитарно-епидемично състояние, макар че във войската може да има заболявания, а също така и при недостатъчно санитарно-епидемично осигуряване на войската.

б) Район с незадоволителни санитарно-хигиенични условия, които благоприятстват възникването и разпространяването на остро инфекциозни заболявания при наличността на епидемични заболявания сред местното население, които са свързани с общата причина или които възникват на отделни групи в продължение на кратък период от време, а също така и при наличност в района на епидемии сред добитъка или гризачите, които могат да се предават на хората, а също така и при район, който се намира в съседство до някое огнище на епидемични заболявания.

III. Неблагополучни в санитарно-епидемично отношение считаме:
а) Войскова част или съединение, в които се появяват групови заболявания на една или няколко форми на инфекциозни болести с тенденция към по-нататъшното им разпространяване, а така също и при появяването във войската само на едно заболяване от особено опасни инфекции (чума или холера).

б) Район, в който сред местното население има нарастваща епидемия от заразни заболявания, а така също и при откриването в района даже на едно заболяване от холера или чума.

IV. Извънредно (чрезвично) санитарно-епидемично състояние се обявява: а) Във войскова част или съединение при появата и явното нарастващо за кратко време на епидемични заболявания, което води, тази част или съединение до невозможност да продължи бойните съдействия, или при появата на повторни заболявания от особено опасни инфекции (чума, холера).¹

б) В район, в който сред местното население има широко разпространяване на епидемия от остро инфекциозно заболяване, опасно за войската, или при наличността на групови заболявания от особено опасни инфекции (чума или холера).¹

¹ По Георгиевски.

Извънредното санитарно-епидемично състояние може да обяви само командващия армията по доклад на армейски лекар. Част или съединение, обявени в извънредно санитарно-епидемично състояние, веднага се извеждат от боя и се оставят в гила за ликвидирането на епидемията и за попълването им.

Условията, създавани се сред войските през време на война (струпване на много хора на едно място при не винаги добри санитарно-хигиенични условия), дават възможност за появяването на инфекциозни заболявания и тяхното бързо разрастване в епидемии. Борбата с епидемиите е задължение не само на медицинските органи и звания, а и на целия личен състав на войската и на всеки командир.

Опитът от войната в Корея показва, че в евентуалните бъдещи войни бактериологичното оръжие може да бъде използвано от империалистите като средство за масово унищожаване. Но този опит показва също така, че има достатъчно средства и опит, които дават възможност за предотвратяване на появяването на масови епидемии, предизвикани от бактериологичното оръжие.

НЯКОИ ОСНОВНИ ВЪПРОСИ НА БАКТЕРИОЛОГИЧНАТА ВОЙНА

(По Е. К. Каманов)

Под бактериологични оръжия разбираме употребата на различни микроорганизми или техните продукти за унищожаването на хора, домашни животни и земеделски култури. Такива средства са най-вече патогенните микроорганизми или техните токсини.

Историята дава редица примери за употребата на бактериологичното оръжие. Така например през XIV в. татарите, които са обсадили гр. Федосия, са успели да го превземат едва след като са предизвикали в обсадения град епидемия от чума, като хвърлили в него труповете на умрели от чума хора и гризачи.

Преди 200 години европейските колонизатори в Индия, за да могат да преодолеят съпротивата на индийските племена, са прилагали към разпространяването на варикала сред тях чрез раздаване на дрехи, зарезани с варикала.

През времето на Първата световна война германците се опитаха да разпространят сан среди военните коне на Франция, и то не вътре във Франция, а и в страните на Латинска Америка, от сама Франция се снабдяваха с коне. През 1915 г. в Петербург където французи се раздаваха с коне. През 1915 г. в Петербург бе разкрит заговор, участниците в който са се готвили да разпространят в града чума.

Вижда се, че въпросът за използването на бактериологичното оръжие като средство за масово унищожаване не се поставя сега за пръви път, а има своята дълечна история.

След Първата световна война работата по използването на бактериологичното оръжие се особено засили независимо от забраната му от Женевската конвенция. Процесите в Нюренберг и Хабаровск потвърдиха това. На Нюренбергския процес се установи, че голем брой военнопленници са били заразявани с петнист тиф, дисентерия и др., и то в тия лагери, за които се считало, че ще бъдат отстъпени, така че освободените военнопленници, като се смесят с настъпващите войски, да предизвикат епидемии от споменатите инфекции сред тях.

На Хабаровския процес се установи, че японците също са се подготвили да използват бактериологичното оръжие за постигане на победата. В Квантунгската армия е имало специален отряд — мощн военно-бактериологичен комбинат, с числен състав от 3000 души под секретен № 731, с четири различни филиала по разните градове на Манчжурия и Китай. Отряда разполагал със собствена авиация, конструирал специални бомби за разпространяването на бактериологичното оръжие, развържал по изкуствен начин бълхи, гризачи и други преносачи на заразни болести. Втори отряд — № 100, имал за задача да зарази на събищата, добитъка и водохранилищата. Трети отряд — № 1644, работел, както първият.

Японците не се ограничиха само в подготовката на бактериологична война, но след подготовката ѝ преминаха към провеждането ѝ. Така например през 1939 г. те заразиха р. Хал-хин Гол с причинители на остри стоманно-чревни заболявания, а през годините 1940, 1941, 1942 в Китай разпространиха чума в районите на гр. Нимбо и Ченле, района на езерото Дунтинху и Централен Китай.

След Първата световна война в САЩ започна усиленна работа по въпросите на бактериологичната война. В тая подготовката участват Министерството на войната на САЩ, Министерството на военно-морските сили, Авиационното министерство, Министерството на здравеопазването, редица университети и частни лаборатории. През 1941 г. се организира „Военно-исследователска служба“, която изгради най-големия център за производство на бактериологично оръжие. В този център работят около 3900 души. През време на Втората световна война ръководителят на този център обяви, че САЩ са по-напреднали в подготовката на бактериологичното оръжие, отколкото Хитлерова Германия.

От подготовка американците преминаха към изпробването на това оръжие. През 1949 г. те разпространиха сред ескимосите в Канада чума. През 1952 г. те удотребиха масово бактериологичното оръжие във войната против Северна Корея.

Възможности за прилагането на бактериологичното оръжие

Историята показва, че големите епидемии винаги са били предшествани от такива социални катастрофи като войните. В началото дадоме таблици, от които се вижда, че войните създават всички ония условия за масовото разпространяване на епидемии както сред войските на фронта, така и сред гражданското население. Има данни, че през времето на Гражданската война и интервенцията в Русия за около 4 години са преболедували средно 20 милиона души от петнист тиф. А през време на Първата световна война за две години в Европа умираха от грип около 20 милиона души.

Войната изменя почти коренно условията на живот за определен народ. Тя води до източването на материалните ресурси на страната, довежда до гладуване и недояждане, до разстройство на здравеопазването и пр. Всичко това дава ония условия, които благоприятстват разпространяването на епидемични заболявания сред войските и населението.

За да се получи желаният ефект, като бактериологично оръжие се използват тези инфекции, които се разпространяват за много кратък период от време, дават най-голям леталитет, причинителите им се култивират лесно, лесно се разпространяват и за кратко време могат да извадят от строя и производството много хора.

Такива инфекционни заболявания са: чумата, холерата, коремният тиф, дисентерията, сапът, петнистият тиф, жълтата треска, варнолата, енцефалитите, туляремията, газовата гангrena, тетанусът и др., като се използват текните причинители или токсините им. Така например причинителят на ботулинуса има много опасни токсици. Съществува мнение, че една унция¹ токсин от него може да отрови 200 милиона души.

Някои от причинителите на гореизброените заболявания вече са използвани. Например причинителят на чумата е използван като оръжие над Северна Корея през 1952 г. от американците в района на Балингли, където се разболели 50 души, от които 36 завършили с смърт. Причинителят на холерата също така е използван в Корея, като са били хвърлени мили за заразяването на едно водохранилище. Причинителят на варнолата също е бил използван в Корея през 1950 г., като била предизвикана епидемия, която обхвашала 3500 души.

Основната задача, която се цели с бактериологичната война, е разстройството на тила. Известен факт е, че тилът е един от основните, постоянно действуващи фактори през време на война. „Той

¹ Стара английска мярка = 29,86 г (бел. ред).

поздравява фронта не само с всички произведения, а и с хора, и с бойни, настроения и идеи" (Сталин).

Задейки важната роля на тила за воденето на войната, бактериологичните стратегии считат, че ударите трябва да се нанесат именно на него. А това се постига по пътя на изваждане от производството на голям брой хора и по пътя на унищожаването на машините животни, което лишава стопанството от ценни хранителни продукти и сировини. Затова някои бактериологични стратегии предлагат това опасно оръжие да се приложи основно за разстройство на тила, а по-малко за действуващите войски на фронта. Бактериологичните стратегии считат и това, че войската има винаги по-стройна и по-мощна организация за борба с епидемиите и използванието на бактериологично нападение, и закъсняване на организираната борба с епидемии. Използванието на това оръжие срещу мирното население води и до други облаги за тези, които го използват — заводите, предприятията и градовете остават запазени, не се разрушават. Известно е, че бактериологичното оръжие е много евтино, а тези, които искат да го приложат, са безогледни към средствата за постигане на максимални печалби.

При провеждането на бактериологичната война в Корея американците се опитаха да създават непрекъснат пояс от епидемични очища, откъсвачи фронта от тила, като особено внимание са обръщали на населените пунктове, разположени на основни и странични пътища. За да поддържат постоянния очища, след първото нападение на всеки десет дни те са извършвали нови нападения. Изненадите и заблужденията са основните начини за провеждането на бактериологичните нападения. Затова американците са използвали най-разнообразни методи. Това води до закъсняването за разпознаването на вида на заболяването, когато е откриване, че е извършено бактериологично нападение, и закъсняване на организираната борба с него. Заразяването на един и същи район с няколко вида инфекции заболявания създава извънредно много трудности както в ранната диагностика, така и в специфичната терапия на заболяването.

Бактериологичните стратегии в Америка работят усилено върху разработването на въпросите по заразяването с хронично противачи инфекционни заболявания, което води до изваждане от строя на хората за продължителен срок от време и заангажирането на медицинските работници и учреждения с тях в борбата с тези заболявания. Те усилено работят също така и по въпроса за създаването на нови щамове от патогенни микроорганизми, които да имат вирулентността на старите, но по отношение на които наличните вакцини и имумни серуми да не действуват, като в същото време те изработват нови серуми за защита на собствените си войски.

За разпространяването на инфекциите може да се използват много и разнообразни методи и начини. Като средство за прилагането на бактериологичното оръжие могат да се използват различни насекоми от рода на членестоногите като: мухи, бълхи, комари, скаекали, щурици, мравки, кърлежи и др. Тези насекоми могат да пренасят заразата по биологичен или по механичен начин. По механичния начин заразата се пренася, когато е полепена по хоботчето на насекомото, по краката му, по крилете и пр. Известно е, че мухата може да пренесе 63 вида патогенни микроорганизми.

Членестоногите са много удобни като преносители на инфекциите, тъй като са много подвижни и за кратко време от момента на пускането им се придвижват на големи разстояния, лесно се развъждат, живеят продължително и най-важното са евтини и трудно се откриват, особено ако в района, където са пуснати, има подобни видове. Бактериологичните стратегии чрез кръстосване на нови видове се стремят да получат от тях издръжливи и при ниски температури, да разрешат въпроса за използването им и през зимата или в по-северните страни.

Гризачите също така се използват с успех при разпространяването на инфекциите. И те също така пренасят голем брой инфекции, лесно се отглеждат, евтини са и пр.

Използват се също така прасели, кучета, котки и пр., като се заразяват с бис, а те от своя страна заразяват домашните животни.

Различните птици като враби и др. могат да бъдат механични преносачи на инфекции сред домашните птици.

Механични преносачи могат да бъдат и различни предмети, като листа, пера, памук и др.

Използват се освен това охлюви, миди, месо, червеи, риби, зайди и др.

Горенеброените преносачи на различните инфекции са заболяванията, които могат да разпространят инфекцията по три начина:

1. Чрез бактериологичен снаряд.
2. Чрез пускане от самолет.
3. Чрез диверсанти.

I. Бактериологичните снаряди обикновено могат да се използват само в района на фронта. Описани са шрапнели бомби, направени от метал, чиито стени са намазани с причинителите на тетануса и газовата гангrena, чиито спори са много издръжливи. Тези бомби имат поразяващ ефект на 40 метра в диаметър. За заразяването на води се използват бутылки с взриватели в гърлото, които ги разпърскват във водата. В Корея са използвани снаряди с насекоми.

II. Вторият начин — разпространяване със самолет, е много по-ефикасен. Пускането от самолет може да стане чрез

чували, които сами се отварят при падането им на земята и освобождават намиращите се в тях заразени животни. Друг начин е използването на порционални бомби с тънки стени, пълни с бълхи или други насекоми, които се пръскат над земята и разсейват съдържимото си на голяма площ. Американците употребиха стоманени бомби, които се разделят на две половини във въздуха. Използват се също така картонени кутии, койтейнери от хартия, пускани с книжен парашут, които при приземяването си след няколко минути се самозапалват и не оставят никакви следи. В Корея с цел за заблуда са пусканы предмети с формата на играчки и др. подобни. Пускани са и гумени змиини подобни на местните, които при опит да бъдат убити се спуквали и от тях излизали насекоми.

Разпространяването на инфекциите със самолет става и по аерогенни начин. При него микроорганизмите или техните токсини се пулверизират или се пускат във вид на бактериологичен дъжд. Така се заразяват птици, населени пунктове, пасбища и др. При този начин на разпространяване самолетите трябва да летят ниско, за да се избегне въздействието на ултравиолетовите лъчи върху бактериите.

III. Населените пунктове, птицата, водоемите могат да бъдат заразени от диверсанти. Те могат да заразят обществени кухни, домове на видни обществени и партийни дейци и др.

Опитът от Корея показва, че независимо от забраната на бактериологичното оръжие империалистите го използват. Но опитът от Корея говори и друго, че империалистите не ще получат желания от тях ефект, там където има добри организаци и и подготовка на противоепидемичната защита и там където целият народ участвува единно в защитата на своята родина.

Независимо от това, че в днешния период на развитие на медицинската наука и на военната медицина борбата с епидемиите е напълно овладяна, то ако не се вземат сериозни и навременни мерки, бактериологичното оръжие може да вземе редица жертви. Известен е фактът, че човек може да боледува от 1340 вида заразни заболявания. Това големо разнообразие на заразните заболявания затруднява извършено много борбата с тях. От това трябва да се направи сериозният извод, че противоепидемичната работа изисква създаване на организация както във войската, така и сред гражданското население.

Противоепидемичната защита на войската и борбата с бактериологичното оръжие се осъществява от звената на медицинската служба. Страйната система на противоепидемичното осигуряване на войската, описана по-горе, е напълно в състояние да се справи със задачата на бойците от заразните заболявания. Работата по защитата от бактериологичното оръжие не бива да бъде дело само на меди-

цинската служба, а дело на всеки командир и боец поотделно. Само така бихме имали решителни успехи. За тая цел е необходимо системно провеждане на просветна работа във войската и всред населението по въпросите на бактериологичната война.

Тъй като бактериологичното оръжие е най-вече стратегическо, то ясно е, че действуващите войски на фронта не ще бъдат под неговите главни удари, а длъбокият тил и най-вече големите промишлени центрове. Това налага провеждането на широка разяснятелна работа сред гражданското население. Това налага и изграждането на единна система от мероприятия по борбата с инфекциите, в която да се включат както мирното население и органите на гражданското здравеопазване, така и медицинските служби на военни части и съединения. В това ще се изрази и единството на армия и народ — тил и фронт.

Основната работа на местното население ще бъде провеждането на мероприятия по ограничаването на бактериологичната диверсия, докато дойдат специалните звена на гражданската и военно-медицинската служба.

На мястото на пускането на инфекцията трябва веднага да се отправят членовете на местните звена за бактериологичната защита, които да вземат мерки най-вече за гризачите да не напуснат мястото на падането им. Това става чрез заграждането на мястото с обръз от горища слама. Започва се веднагата провеждането на мероприятия по дезинфекцията, дезинсекцията и дератизацията с наличните местни срелства. За тая цел много улдбии са различните земеделски машини и машинно-тракторните станции. С тях се пръскат различни дезинфекционни течности и се пулверизират дезинсекционните. Това се извършва до пристигането на съответните звена на медицинските служби — граждански и военни. Работата продължава, като борбата с гризачите се провежда чрез изваждането им или ако са се укрили в луники, чрез задушаването им с хлорпиркин. Работещите в мястото на диверсията задължително са снабдени със специални костюми, маски и ботуши, които биха ги предизвзвали от ползванието им от бълхи или други насекоми, а на устата си задължително трябва да имат маски. Такава беше организацията във войската в Корея.

На мястото на диверсията трябва веднага да пристигнат подвижни лаборатории, които да провеждат бактериологични изследвания за откриване вида на пуснатата инфекция. Това има съществено значение за специфичната насоченост на предизвикателните мерки. Срещу инфекцията, веднага трябва да се проведе специфична имунизация и при необходимост — карантиниране на хората.

Всички съмнителни предмети, намиращи се на местността, се събират, като, разбира се, не се пипат с гола ръка, а само с ръкавици

и пинката. Тия вещи предмети се поставят в ями и се изгарят. Ако местността позволява, то много ефикасно е обработването ѝ изполо с раневи огнехвъргачки или поливането ѝ с гас и запалващо.

Борбата с бактериологичното оръжие е дело на всеки боен и гражданин. Само при условие че в нея ще се включи огромното мнозинство от народа и войската, можем да разчитаме на успех. Представителната просветна и организационна работа има решаващо значение. В днешното състояние на науката ние сме напълно в състояние да не позволим разпространяването на каквато и да било спредим среди бойците и мирното население.

Примери, че там където организациите на противовирусната борба е добра, епидемии не се появяват, има много. В края на Втората световна война при започване на настъпвателните действия между Квантунгската армия на Япония Съветската армия трябаше да премине през райони, в които имаше ендемични огнища на чума, но между бойците, преминали през тези райони, не се появяващо едно заболяване от чума. Това говори за високото ниво на организациите на противовирусната борба в Съветската армия и от друга страна — за добрата просветителско-разяснятелна работа. Понастоящем в Китайската народна република се провежда по преризана на партизански и правителствената борба против мухите, комарите и др. инсекти. За резултата от тази борба говори фактът, че в някои градове като Пекин и др. вече няма мухи и комари. Този успех се дължи на обстоятелството, че в това мероприятие е включен целият китайски народ.

Глаза. V

ОРГАНИЗАЦИЯ НА САНИТАРНО-ХИМИЧНАТА И ПРОТИВО-
АТОМНАТА ЗАЩИТА ПРИ УПОТРЕБАТА НА БОЙНИ ОТРОВНИ
ВЕЩЕСТВА И АТОМНО ОРЪЖИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ УПОТРЕБАТА НА БОЙНИ ОТРОВНИ ВЕЩЕСТВА

Организацията на медицинското осигуряване на войските в съвременни войни, в които може да се употреби оръжие за масово унищожаване, има свояте особености, които произтичат от начина на изпълнаването и характера на действие на това оръжие.

През XIX и началото на XX в. се направиха големи открытия в различните отрасли на науката, особено в областта на експерименталния, химията, физиката, техниката и др. Резултатите от тези постижения широко се използват във всички области на живота и по-специално за подобряване материално-битовите условия на живот на трудещите се. Обаче известна част от тези постижения на съвременната наука бяха употребени вместо за подобряване живота на хората за унищожаването им като средства за водене на война. Това са: бойните отровни вещества, бактериологичното и атомното оръжие.

Като оръжие за водене на война бойните отровни вещества са били използвани във всички времена и различни войни, обаче основите на съвременната химическа война бяха сложени през времето на Първата световна война — 1914—1918 г., а по-късно в Итало-абисинската война и в Китай. Опитът от приложението на бойните отровни вещества показва, че при тяхната употреба загубите сред личния състав на противника са значително по-големи, отколкото при използването на обикновеното оръжие. Освен това те настасят парализация не само върху хората, но и върху животните, и върху имуществото.

Характерно за бойните отрови е това, че с тях са кратък период от време могат да се поразят големи войскови групировки и обширни райони. Поразявашата сила на бойните отровни вещества и ефектът от тяхното приложение зависят от свойствата и характеристика на веществото, от начинът на приложението му, местността, азимута и организацията на противохимичната защита. Данилите от

миналото по отношение на поражаващите сили на бойните отровни вещества не могат да се считат за достоверни, поради това че в по-нечето случаи те са употребявани единствено и най-често срещу напълно неподгответен противник. Все пак можем да направим съответните изводи, че загубите при употребата на бойните отровни вещества могат да достигнат до 30 % от личния състав. Този процент на загуби в сред личния състав надвишава няколко пъти процента на загубите при употребата на обикновените средства за водене на война.

За защитата и намаляването до минимум на загубите сред личния състав на войските от поражащото действие на бойните отровни вещества е необходима сериозна работа по организирането на противохимичната защита.

В съвременната война при всички условия на бойната обстановка бойците трябва задължително да бъдат снабдени с индивидуални средства за защита на дихателните пътища и кожата от бойни отровни вещества. За тази цел всеки боец трябва да има противоизгаря, който трябва да носи винаги със себе си, индивидуален противохимичен пакет и войнишко наметало (противохимично наметало).

При даване сигнал за химична опасност независимо къде е боецът и каква дейност върши, трябва веднага да си постави противогаза, а при опасност от стойки бойни отровни вещества да се настреми и с противохимичното наметало.

За правилната организация на противохимичната отбрана на войската важно условие е провеждането на системна просвета сред личния състав. При такова масово поражение, каквото могат да причинят бойните отровни вещества, провеждането на профилактични мероприятия само от личния състав на медицинската служба не бъде доведено до реали резултати. За да има резултати в организацията на санитарно-химичната защита, необходимо е да се включат личният състав на войската, за която цел той трябва да бъде достатъчно подгответ.

В условията на съвременната война при всички условия на бойната обстановка подготовката на противохимични убежища е задължително условие за намаляването на пораженията от химичното оръжие. Това се отнася за всички войскови единици и за учрежденията. Тия противохимични убежища при съответна подготовката могат да защищават достатъчно добре бойците както от химичното оръжие, така и от пораженията на атомната бомба.

Поради това че в евентуалните бъдещи войни противникът ще се стреми да употреби бойни отровни вещества срещу големи групировки и когато условията на местността и атмосферите такива благоприятстват това, то придвижването на войските и заемането на заповяданите райони трябва да става скрито от погледа на противника, като се вземат всички мерки за пълна маскировка.

Друго важно условие за избегване на пораженията от бойните отровни вещества е непрекъснатото провеждане на санитарно-химично разузнаване. То има за задача да провери дали не са заразени със стойки отровни вещества водоизточниците, хранителните продукти, районът, имуществото и други обекти. Районът се разузнава с оглед да се изучат какви са възможностите, създавани от местността, за приложение на химичното оръжие и изучаването на благоприятните условия за защита при евентуално употребяване на бойните отровни вещества. В това отношение се изучава влажността, температурата, посоката на ветровете, почвата, както и най-удобните места за разположението на медицинските пунктове и пътищата за евакуации, които могат да се ползват за правилната организация на санитарно-химичната защита.

При поразяването на войските от химично оръжие медицинската помощ започва още на бойното поле. Първата медицинска помощ се дава от самите бойци във вид на самопомощ или взаимопомощ и от санитарите. Боецът веднага си оказва помощ с индивидуалния противохимичен пакет. Срочността на оказването на първата медицинска помощ с противохимичния пакет има решаващо значение за по-нататъшното лечение, на поразените. Колкото това първично обработване се извърши по-рано, толкова по-голяма вероятността да се премахне въобще действието на отровата. Поразените от бойни отровни вещества веднага се евакуират. Тия, които са поразени от стойки бойни отровни вещества, задължително се евакуират в отдален поток от останалите ранени и болни. А поразените от групата на задушаващите или общотоскичните вещества задължително се евакуират на носилки при пълен покой и непрекъснато даване на кислород.

В батальонния медицински пункт поразените се отделят в самостоятелна група и на отделна площадка, за да се избегне допир с другите ранени и болни. Съществена помощ тук не се дава.

В полковия медицински пункт е необходимо да се организира отделение за дегазационна обработка (ОДО), за обработката на поразените от стойки бойни отровни бойци и личен състав на ПМП, а химичната служба, медицинската, интендантската и ветеринарната служба разкриват ПСДП на 1-2 км от ПМП за окончателна обработка на поразените бойци и имущество.

След оказването на първата лекарска помощ и частична дегазация на поразените те се евакуират в дивизионния медицински пункт в самостоятелен поток. На разстояние от 1-2 км от дивизионния медицински пункт се разкрива дивизионен санитарно-дегазационен пункт (СДДП). Този санитарно-дегазационен пункт се разкрива със силите и средствата на медицинската, ветеринарната, химичната и интендантската служба. Тук се извършва и пълната и окончателна обработка на поразените бойци и имущество.

работка на поразените и на тяхното имущество и оръжие. Тук работи лекар токсиколог, който след извършването на бойците преглежда и тези, които нямат ясни признаки на зачеряване на кожата, след което ги връща веднага на фронта. Тия, които имат проявено зачеряване на кожата, се отправят към дивизионния медицински пункт за наблюдение; ако в известен срок това зачеряване премине в межури, то поразените се изпращат в армейската болнична база, където се лекуват като кожни болни. Ако зачеряването премине, бойците се връщат на фронта. В ДМП се организира площадка за обработване на микстите, за което е необходимо наличие на достатъчно сили и средства.

Кам всеки етап на медицинската евакуация трябва да има определено място, в което да се обработват поразените от личния състав на съветския пункт при химично нападение над него или поразените и болни, напиращи се в този етап.

Ясно е, че евакуацията на поразените от бойните отровни вещества трябва да се извърши с максимално ускорени темпове. В батальонния медицински пункт поразените трябва да пристигнат няколко минути след поразяването им. В полковия — не по-късно от първия час след поразяването, а в дивизионния — в първите три часа. Следването на тия скромове трябва да бъде една от основните задачи на медицинската служба при евакуацията на поразените, поради това че колкото по-рано се окаже медицинската помощ на поразените от бойните отровни вещества, толкова повече ще се намали поразявящото действие на веществото върху организма и скромовете за лечение на поразените се съкращават максимално.

Увеличаването на загубите, необходимостта от по-бързото оказване на медицинска помощ и своевременната евакуация на ранените налагат увеличаване на силите и средствата на медицинската служба и медико-санитарното имущество. Това се постига чрез привикването на допълнителни бригади за усиливане на медицинските служби в поразените участъци и райони. Всички тези мероприятия по организацията на медицинското осигуряване при употребата на бойни отровни вещества трябва да бъдат насочени към едно — да се приближи квалифицираната медицинска помощ към поразените.

При употребата на бойни отровни вещества организацията на медицинското осигуряване трябва да включва мероприятия по предизвикването от поражения на ранените и болните, напиращи се по етапите на медицинската евакуация и в момента на евакуация. Полготвоката на скривалища на всеки медицински пункт както за личния състав на медицинската служба, така и за ранените и болните е задължително. Санитарно-транспортните средства се снабдяват задължително с необходимото противохимично имущество за защита и даване

на първа помощ при поразяване от бойни отровни вещества през време на евакуацията.

На санитарно-транспортните средства, които се използват за извозването на поразените от бойните отровни вещества, се прави задължителна дегазационна обработка след всеки рейс.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ УПОТРЕБАТА НА АТОМНОТО ОРЪЖИЕ

В началото на ХХ в. ядрената физика постигна огромни успехи с откриването на разпадането на атома и освобождаването на атомната енергия. Отначало това разпадане на атома ставаше по изкуствен начин чрез изразходването на големо количество енергия. Използването на атомната енергия бе поставено на реални основи едва с откриването на новия тип ядрена реакция — деленето на атомните ядра на тежките химични елементи.

Това постижение на ядрената физика бе използвано от американските империалисти в края на Втората световна война като оръжие за масово унищожение на хората чрез произвеждане на атомни бомби, които биха хвърлени над японските градове Хирошима и Нагасаки. От експлозията на тези атомни бомби бяха убити и ранени стотици хиляди мирни граждани. Това показва, че употребата на атомното и термоядреното оръжие като бойно средство води до огромни поражения най-вече сред мирното население.

Поразявящите фактори при атомния взрив са три: поразяване от ударната вълна, светлинното излъчване и проникащата радиация.

Ударната вълна представлява състен въздух, получен от взрива, който се движи с огромна скорост. По пътя на своято движение този състен въздух оказва натиск, който води до разрушаването на здания, местни предмети, съоръжения и жива сила. Ефектът от разрушителното действие на ударната вълна намалява с отдалечаването й от епицентъра. Тя нанася сериозни поражения всред неукритите подразделения до 800 метра и по-леки до 1500 метра. Тези поражения се предизвикват освен от самата ударна вълна, от увеличаването след тя на различни предмети, които понякога могат да бъдат много тежки и тежки (танкове, оръдия, части от сгради и др.).

Пораженията, които нанася светлинното излъчване, се причиняват от огромната температура, която се развива в епицентъра и която достига до десетки милиони градуси. Високата температура в епицентъра превръща органичните и неорганичните матери, намиращи се там, в паросъбразно състояние. На различно разстояние от епицентъра се получават различни степени на изгаряне до овърливане. Така тя се получават различни степени на изгаряне до овърливане. Така например до 800 метра въздушните непокрити части на тялото се получават дълбоки изгаряния. Ако бойците са облечени с тъмно облекло,

то обикновено се запалва. Получава се временно или трайно ослепяване в зависимост от това, дали боецът е гледал към мястото на взрива, или се е прикрил. От 800 до 1200 метра от центъра на взрива се получават изгария с мехури по непокритите части на кожата. Могат да се получат пожари и взриваменявания на боеприпаси. От 1200 до 2000 метра светлинното обльчване насила леки изгария.

Проникащата радиация насила поражения на живата сила на войските с изльчването на гама-лъчи и неутрони. Тези изльчвания действуват 10–20 секунди в зоната на атомния взрив. Освен от непосредственото взаимействие върху организма от потока гама-лъчи той се поразява и от получението прах при взрив, който е силно радиоактивен. Този прах попада по откритите части на тялото, проника с вдихвания въздух в лихнителните пътища, може да се поеме с водата, храната и пр.

В зависимост от количеството на проникащата радиация и от времето на действие върху човешкия организъм хората получават по-големи или по-малки поражения. Получените смущения в нормалните функции на човешкия организъм при взаимействието от проникаща радиация означаваме като лъчева болест.

За определение степента на изльчването са изработени специални уреди, наречени дозиметри. За единица мярка служи „рентген“ (г). Един „рентген“ представлява количеството гама-лъчи, от които се получават в един кубически сантиметър въздух при нормално налягане и nulla градуса 2 милиона чифта иони, носещи една единица заряд.

Проникащата радиация ионизира молекулите на живите тъкани и предизвиква промяна на веществата в клетките. От лъчева болест хората заболяват, когато са на открито и се наминат до 1300 метра от зоната на атомния взрив.

При употребата на атомното и водородното оръжие войските запазват боеспособността си, при условие че обльчването им не надминава допустимото количество за:

Б е т а - л ъ ч и :

до 250 г при единократно обльчване;
до 50 г на ден, но не повече от 10 дни;
до 5 г на ден, но не повече от 500 г за година.

Г а м а - л ъ ч и :

до 50 г при единократно обльчване;
до 10 г, но не повече от 10 дни и до 1 г на ден, но не повече от 100 дни на година.

Освен поражението, което предизвиква проникащата иридиация върху организма, тя заразява и имущество, което от своя страна може да стане източник на проникаща радиация.

Проникащата радиация се отделя не само при взривяването на атомна и водородна бомба, а и от разпространяването на бойниadioактивни вещества. Това са вещества, които при естествени условия отделят гама-лъчи поради разпад на ядрата им. Тези вещества, пръснати на местността, поради продължителното си отделяне на лъчеста радиация представляват сериозна заплаха за живота на бойците. Особено опасна е кобалтовата атомна бомба, която след взривяването си отделя гама-лъчи в продължение на средно пет години.

Изходдайки от характера на действие на атомните оръжия, на чина на приложение и силата на поразяващия фактор, медицинската служба заедно с другите служби и командването организира предпазните мероприятия за защита на войските от поражение. Придвижването и състредочаването на войските и заемането на заповяданите райони става скрито, обикновено нощем, със спазването на всички изисквания на маскировката и колкото се може по-бързо. Движенето на войските траява да става разсредочено на възможно най-големи разстояния.

При заемането на района от войските местността веднага се попътва в инженерно отношение за противоатомна защита. Обикновенският окоп е бил и си остава най-добрият и верен другар на боеца. Окопът защищава боеца от всичките действуващи фактори на атомното оръжие. Необходимо е той да е достатъчно дълбок, с ниши, на чупен и изхвърлената пръст при изкопаването му да не се натрупва пред него. Всички противохимични убежища се приспособяват за противоатомна защита.

Характерът на самата местност също може да се използува за защита против атомното оръжие. Така например силно пресечената местност намалява изънредно много силата на ударната вълна. Обикновено за защита се използва хълмовете, като войските се поставят в основата им, и то на тях скат, който е обратен на ударната вълна. Използването на естествените условия на местността за защита от атомното и термоядреното оръжие и бойнитеadioактивни вещества е задължително за всички войскови части и учреждения.

Срещу проникащата радиация могат да се използват най-различни материали, като се има предвид, че степента на проникването на гама-лъчите зависи от плътността на материала и дебелината на неговия слой. Така например пласт от 14 см пръст намалява силата на радиациите двойно, в см стомана — 5 пъти, 60 см бетон — около 100 пъти и т. н. Изходжайки от тези данни, могат да се подгответ скривалища, които максимално да защищават бойците от всичките действуващи фактори на атомното и термоядреното оръжие.

Медицинските пунктове във войсковия район също трябва да подгответ скривалища за укриването на ранените и болните, както и за личния състав на пунктовете. В повечето случаи медицинските пунк-

това ще трябва да работят дълбоко окопани в земята. При това своя обезвреждане медицинските служби трябва да търсят съдействието на инженерните войски и на командването. Със собствени сили те не ще се справят. Важно условие за предизвикането на войските от поражението на атомното оръжие и по-специално от лъчестата радиация е провеждането на радиационното разузнаване. То се организира по-добно на химичното. Радиационното разузнаване има за задача да установи условията на местността, които биха благоприятствали противоатомната защита, както и да открие степента на заразяване на местността, волата и въздуха с радиоактивни вещества. При откриването на заразени райони те се обозначават със специални знаци и се правят проходи, по които може да се мине.

Разузнавателните групи са снабдени с дозиметрични апарати с цел да се установи не само заразяването, но и неговата степен.

За предизвикането от поражението на лъчестата радиация на атомната бомба и бойните радиоактивни вещества трябва да се използват личните противохимични средства, с които разполагат бойците. Противогазът напълно предпазва бойците от испадане по лицето и вдишване на радиоактивния прах. В съвременната война употребата на атомното и термоядреното оръжие ще се съществува от употребата и на бойните отровни вещества. Следователно при провеждането на противоатомни мероприятия нашироко трябва да се използват противохимичните средства.

Като бойни средства атомната и водородната бомба и бойните радиоактивни вещества нанасят огромни загуби сред личния състав на войските. Тези загуби могат да бъдат десетки пъти по-големи от досега понасяните загуби в миналите войны. Въпреки че примерът от употребата на атомната бомба в Япония не може да се вземе като правило за количеството на загубите от атомния взрив, все пак той показва, че това ново оръжие е много опасно.

Загубите, които се понасят от атомното и термоядреното оръжие, имат най-различен характер и степен. Освен нараняването и контузията голям брой от поразените получават обгаряния от различна степен, а проникащата радиация предизвиква лъчева болест с различна степен на проявяване и различна продължителност.

При атомното и термоядреното оръжие и бойните радиоактивни вещества първата медицинска помощ се оказва от самите бойци в по-рядъка на самопомощ и взаимопомощ или помощ от санитария. След разузнаването на поразените се подлагат на частична санитарна обработка и частична дезактивация, което се прави в района на бойните действия, а след това бързо се изнасят към етапите на евакуация.

Частичната санитарна обработка се извършва, като поразените се измиват с вода от матерките, и то по открытиите части на тялото.

Частичната дезактивация се провежда по отношение на дрехите и оръжието.

Поради това че пораженията от атомната бомба най-често са тежки и комбинирани, то квалифицираната медицинска помощ трябва да се доближи колкото се може по-близо до района на разузнаването. До полковия медицински пункт се прави частична санитарна обработка и дезактивация на поразените бойци — най-често по механизчен начин. В дивизионния медицински пункт се извършва пълна санитарна обработка и пълна дезактивация на имуществото, като след всяка обработка се проверява степента на заразяването от проникващата радиация.

Поради голямото количество на загубите най-често силите и средствата на медицинската служба на войсковата единица, в която е попаднала атомната бомба, се оказват недостатъчни за осигуряването на загубите, а характерът на самото поражение изисква срочно даване на медицинска помощ. Това налага медицинските пунктове и учреждения да се приближат колкото се може по-близо до поразения район, като тога начин се съкращава пътят на евакуацията и се осигурява бързото оказване на квалифицирана медицинска помощ.

Освен това за бързото провеждане на частичната санитарна обработка и частичната дезактивация могат да се създават допълнителни бригади (отряди) от добре подгответи бойци или от медицински състав, които могат да окажат значителна помощ на личния състав на медицинската служба.

За санитарната обработка и пълната дезактивация на поразените бойци и имущество се организират специални площадки или се използват тези за дезагризация, което задължително се организират към медицинските пунктове.

Във всички случаи на поражение от атомно оръжие и бойни радиоактивни вещества поразените се евакуират в самостоятелен поток, а санитарно-транспортните средства се дезактивират след тяхната употреба.

Противоатомната и санитарно-химичната защита в съвременната война не могат да се провеждат отделно от общата организация на медицинското осигуряване на войските. В общата система на организацията на медицинското осигуряване трябва да залетнат въпросите на противоатомните и противохимичните мероприятия. Само когато бъдат организирани всички мероприятия по медицинското осигуряване на войските в съвременната война, могат да се изпълнят задачите, които стоят пред медицинската служба.

*Глава VI***ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИКО-САНИТАРНОТО СНАБДЯВАНЕ
ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ****ОРГАНИ И БАЗИ ЗА СНАБДЯВАНЕ**

Една от дейностите на медицинската служба по организациите на медицинското осигуряване на войските е организацията на медико-санитарното снабдяване. Във военно време медико-санитарното снабдяване има за задача да осигури непрекъснато медицинските служби на частите и медицинските учреждения с необходимото им за тяхната ежедневна работа медико-санитарно и други викове имущество.

В съвременната война снабдяването на войските с всякакъв вид имущество играе съществена роля за изхода на бой. Това важи и за снабдяването на медицинските служби, на които трябва да се осигури непрекъснато поднасяне на имущество за оказване на първа помощ на ранените и болните, за оказване на медицинска помощ на ранените и болните по етапите на медицинската евакуация, а така също и имуществото, необходимо за противоепидемичното, противоакариологичното, противохимичното и противоатомното осигуряване на бойните действия на войските.

Медико-санитарното снабдяване е задължение на началника на медицинската служба в системата на организацията на медицинското осигуряване на войските. В тая своя дейност медицинският началник се подпомага от снабдителните органи, които влизат в състава на медицинската служба и които осъществяват снабдяването.

В стрелковата полк снабдяването се осъществява от медицински техници (фелдшер), който е профилиран като помощник-аптекар и който завежда аптеката на подковния медицински пункт. Той снабдява подразделенията на полка по указанията и с разрешенията на старшия полковски лекар.

В стрелковия дивизия има фармацевт, който осъществява снабдяването на медицинските служби на частите на дивизията и е помощник на дивизионния лекар по въпросите на медико-санитарното снабдяване на медицинските служби на дивизията.

Видове медико-санитарно имущество

85

В армията (фронт) към медицинския отдел има също снабдителен орган, който работи под ръководството и указанията на медицинския началник.

ВИДОВЕ МЕДИКО-САНИТАРНО ИМУЩЕСТВО

За осъществяването на дейността на медицинската служба по медицинското осигуряване на войските е необходимо разнообразно имущество. Имуществото, което използва медицинската служба за своята дейност по медицинското осигуряване на войските, се разделя на медицинско и санитарно-домакинско.

Към медицинското имущество се отнася това имущество, което се използва при лечението на ранените и болните, подразени от бойни отровни вещества, от бойни радиоактивни вещества или от атомното оръжие. Към него спадат всички видове медицаменти, превързочни материали, шини и др.

Санитарно-домакинското имущество е това имущество, което също задължително се използва от медицинската служба, но няма пряко отношение към непосредственото лечение на ранените и болните, като носилки, чаршафи, одеяла и др.

Всеки звено на медицинската служба е снабдено с необходимото количество и вид медико-санитарно имущество по установените таблици и норми за снабдяване във военно време. Тези таблици и норми се изчисляват така, че да може всяко звено на медицинската служба да покрива разходите си при текущата си работа.

Освен горното деление имуществото, което ползва медицинската служба, се дели на такова за бързо ползване и разходно имущество.

Към имуществото за бързо ползване се отнасят такива предмети, които не се изразходват, а се износват от дългото им употребяване. Към него спадат инструментариумът, приборите, микроскопите и др. Към разходното имущество спадат медикаментите, превързочните материали и др.

В зависимост от това, дали имуществото се разходва за осигуряването на бойните действия на войските, или извън бойни действия, то се разделя на два вида: имущество за бойно доволствие и имущество за текущо доволствие.

Имуществото за текущо доволствие се използва за осигуряване на бойните действия на медицинската служба през време на извънбойните действия на войските. Това имущество е необходимо за ежедневната работа на медицинската служба. То се изчислява по методите на мирновременното снабдяване — с требвателна веломост, която се изпраща на старшия медицински началник, и след неговото утвърждаване се отпуска от снабдителния орган. Требването се извър-

шва в определени срокове, като броят и видът на предметите не се различава особено от това за мирно време. Необходимото количество имущество се определя по броя на хората, които осигуряваме.

Имуществото за бойно осигуряване е такова имущество, което се изразходва от медицинската служба през време на бойни действия на войските. То се характеризира с това, че се използва ограничено по вид имущество¹, но в голямо количество. Така например през време на бойните действия на войските се изразходват много превързочни материали, шини и др. Имуществото за бойно доволствие се тръбва за всеки бой поотделно. Преди започването на бой всеки медицински начальник е длъжен да изчисли необходимото му имущество за предстоящия бой въз основа на вероятните загуби, да направи заявка до по-старшия медицински начальник и да следи за неговото получаване. При изчисляването на необходимото имущество всеки медицински начальник е длъжен да предвиди и имущество за подчинените му медицински служби пак по пътя на изчисляването на вероятните загуби.

Требоването на имуществото за бойно доволствие по заявки не освобождава от оформяването му след боя по общите правила за оправдаването на изразходваното имущество. Требоването на имущество със заявки се разрешава само за имущество за бойно доволствие, и то с цел да се съкратят сроковете за неговото доставяне. Доставянето на имущество за бойно доволствие се извършва най-често със санитарни транспорт, който отива празен към фронта за възстановка на ранени. В изключителни случаи може да се изпрати освен санитар и друг вид транспорт за превозване на имуществото.

Установяването на точния вид имущество, което се ползва за бойно доволствие, се определя от начальника на медицинската служба на армията (фронт) в зависимост от конкретната бойна и медицинска обстановка. Ако в предстоящите бойни действия на войските се очаква употребата на бактериологично, химично или атомно оръжие, то броят на имуществото се увеличава с необходимото имущество за провеждане на съответната борба.

ИЗИСКВАНИЯ СПРАМЕ МЕДИКО-САНИТАРНОТО ИМУЩЕСТВО

За да може медико-санитарното имущество да бъде използвано от медицинската служба в полеви условия, то тръбва да отговаря на редица изисквания. Това особено важи за имуществото на бойно доволствие.

Медико-санитарното имущество тръбва да бъде изработено и опаковано така, че да бъде колкото се може по-удобно и просто при използването му в полеви условия. Да бъде издръжливо на транспортиранка, да се съхранява лесно, да е малко по обем и леко. Меди-

ко-санитарното имущество тръбва да отговаря на определените и изпитани в полеви условия стандарти.

Медико-санитарното имущество тръбва да бъде в комплекти. Това създава удобства за тръбоването му и бързина в работата при разгръщането на медицинските пунктове. Комплектите тръбва да съдържат строго определен вид имущество в определени количества и с определено назначение. Получаването на медицинското имущество в комплекти улеснява особено много снабдяването с имущество за бойно доволствие.

Комплектите за бойно доволствие тръбва да бъдат опаковани в специален амбалаж, който да осигурива превозането, съхраняването и използването на имуществото. Амбалажът на тръбва да усълчава много обема и тежестта на комплектиите. За такъв се използват най-често формените сандъци, които се приготвят от лек материал. Опаковката тръбва да осигурива бързото разгръщане и събиране на имуществото. Освен това сандъците тръбва така да са изработени, че да могат да се използват в полевите условия като маснички, като поставки за превързочни и други. Сандъците заедно с имуществото вътре в тях не бива да са по-тежки от 50 – 60 кг, за да могат да се пренасят от двама души.

Освен сандъците за формена опаковка се използват и меки материали като брезент. Такъв материал се използва за опаковката на комплект Б¹. Той представлява брезент, ушият във вид нараница. Брезентът тръбва да е импрегниран, за да не пропуска вода. Тежестта на този комплект е по възможностите на един човек – 16 – 18 кг.

ХАРАКТЕРНИ ОСОБЕНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯТА НА МЕДИКО-САНИТАРНОТО СНАБДЯВАНЕ ВЪВ ВОЕННО ВРЕМЕ

Организацията на медико-санитарното снабдяване във военно време се подчинява на системата „етапно лечение с евакуация по назначение“, на базата на която се строи съвременната организация на медицинското осигуряване на войските.

Първата характерна особеност на медико-санитарното снабдяване е тази, че във военно време то се извършва от „себе си“. Всеки медицински начальник е длъжен да организира снабдяването с медико-санитарно имущество на подчинените му медицински служби и учреждения, като предвиди необходимото им количество и го достави. Това не знани, че подчинените се освобождават от правенето на заявки за имущество, но то освобождава подчинените от това, да отделят внимание за получуването на имуществото. По такъв начин

¹ „Превързочни средства“ – съдържа стерили и нестерили превързочни материали, разчетени за сто превързки (бел. ред.).

88 Организация на медико-санитарното снабдяване във военно време

всеки медицински началник през време на боя има възможността да създогодчи цялото си внимание напред към фронта по осигуряването с медицинска помощ на ранените и болните.

Втората характерна особеност на медико-санитарното снабдяване е тази, че имуществото се доставя в комплекти. При бойни условия требването и получаването на имущество по бройки е чевъзможно, защото това губи извънредно много време, с което в бойната обстановка не разполагат нико медицинският началник, нико снабдителният орган.

Третата характерна особеност е, че медико-санитарното имущество, необходимим за осигуряването на състоятелен бой, се изчислява върху боя на вероятните загуби. В мирно време изразходването на медико-санитарното имущество зависи от боя на личния състав и факторите, които влияят върху заболяванията. Във военно време имуществото се трябва в зависимост от боя на вероятните загуби, а вероятните загуби зависят от вида на боя, въоръжението, местността, времето и пр., с една дума – от бойната обстановка. Следователно броят на личния състав не играе решаваща роля за загубите и не може да служи за база за изчисляването на необходимото медико-санитарно имущество. Всеки комплект, получен за бойно осигуряване на войските, съдържа материали за осигуряването на около 100 души ранени бойци.

Медицинското осигуряване играе съществена роля в изпълнението на задачите на медицинската служба по медицинското осигуряване на войските. Медицинският началник е длъжен да отделя сериозно внимание при организирането му както прели започването на боя, така и през време на боя. Особено внимание трябва да се отделя в условията на съвременната война за снабдяването със средства за защита от химичното, бактериологичното и атомното оръжие на противника.

Войските провеждат своята бойна дейност в условията на непрекъснато изменяща се бойна обстановка. Тези промени на бойната обстановка оказват съществено влияние върху прилагането на силите и средствата на войските. Това води до необходимостта винаги и непрекъснато да се провеждат мероприятия по изясняването на условията, които ще влияят върху бойните действия на войските. За такъв цел командването провежда разузнаване, което има съществено значение за пълното и най-добро използване на силите и средствата и за предпазване от изненади. Й. В. Сталин казва: „... Подобрявайте разузнаването – ощите и ушите на армията, помните, че без това не може да се бие врагът съвсем сигурно.“

В зависимост от целите, поставени пред разузнаването, то бива няколко вида:

- 1) оперативно;
- 2) тактическо;
- 3) бойно;

4) специално разузнаване, което се организира от началниците на всички родове войски и служби и се води за получаването на данни, необходими за използването на своя род войска (служба) в боя.

Медицинското разузнаване е едно от специалните видове разузнавания. То се състои от система от мероприятия на медицинската служба, имащи за цел да уяснят условията, влияещи върху прилагането и пълното използване на силите и средствата на медицинската служба и върху санитарното състояние на войската. Медицинското разузнаване има съществено значение за правилната организация на работата на медицинската служба. То има съществено значение за предпазването на войските от епидемии, избирането на най-удобни пътища за евакуацията на ранените, най-удобните места за разгърдане на медицинските пунктове и пр.

Спиромедицинското разузнаване се поставят различни изисквания в зависимост от бойната обстановка. Едно от първите изисквания спрямо него е то да бъде непрекъснато.

Условията, които влияят върху работата на медицинската служба, имат тази особеност, че непрекъснато се менят, понякога много бързо, особено тези условия, които влияят върху санитарно-епидемичното съ-

Глава VII

МЕДИЦИНСКО РАЗУЗНАВАНЕ

стояние на войските. Тази променливост на условията изисква свидетелство за медицинската състановка да се събира не едномоментно, а системно и непрекъснато, от всички медицински органи, които имат задължението да събираят тези сведения.

Второто изискване спрямо медицинското разузнаване е достоверността на получените данни. Тий като всяка неточност или неверност в получените данни може да доведе до вземането на различни извънредни мерки, което нещо е свързано със загуби на време, изразходуване или разширяване на средства и заангажиране на жива сила, което пък може да доведе до затормозване на бойните действия на поделения или частта, то трябва много внимателно да подхождаме при оценяването на получените сведения. Достоверността на получените данни се осигурява чрез съпоставяне им с получените данни от различни източници и по различни пътища. Личната проверка на получените данни на самата местност е най-сигурното средство за постигане на достоверността им. Ако получените данни от различните източници съвпаднат и отговарят на данните от личното наблюдение, то може да сме уверени в тяхната достоверност.

Получените данни имат стойност само при свое временно и последователно. Бързината и своевременността на медицинското разузнаване е третото изискване към него. Закъсняването в доставянето на необходимите данни довежда до закъсняването със вземането на необходимите мерки, а понякога и до невъзможност да се провеят. Закъсняването откриването на очището на епидемичното заболяване води до закъсняване и на мероприятията по ликвидирането му, а това създава възможността очището да разрасне. Закъсняването и получаването на сведения не ще позволят своевременното осъществяване на профилактичните мероприятия и не ще даде възможност на медицинската служба да се преустрои за работа в новата обстановка.

Четвъртото изискване спрямо медицинското разузнаване е то бъде приемствено и последователно. Това значи, че сведенията, които се получават от медицинското разузнаване, трябва да се използват не само от този начин на медицинска служба, която е организирала това разузнаване, но трябва да стават известни и на всичките медицински начиници, за които тия сведения също могат да имат значение. Освен това тия данни трябва задължително да се предават от един медицински начиник на друг — от той, който напуска определен район, на той, който пристига в същия район. Това предаване на данните от един начиник на друг осигурява също така и непрекъснатостта на разузнаването и дава възможност на новия начиник веднага да се ориентира по отношение неблагополучията в района.

Петото изискване е медицинското разузнаване да бъде ефективно, а това значи да се въвеждат в действие всички налични сили и средства в тия случаи, когато се сблъскваме със сериозни епидемични отмица или други опасности за войските.

Шестото изискване е медицинското разузнаване да бъде действено. Това значи откритото неблагополучие при медицинското разузнаване да се ограничи, изолира или ликвидира веднага с наличните местни средства, а след това да се докладва и да се чакат указания за по-нататъшните мероприятия. Например при открит заразен водонизточник веднага да се забрани ползването му, като се постави пост или табелка за неговата недостатъчност, а след това да се търсят средства за обеззаразяването му.

В зависимост от задачите, които се поставят пред медицинското разузнаване, то може да бъде санитарно-тактическо, санитарно-спасително, санитарно-химично и радиационно.

Санитарно-тактическото разузнаване има за задача да прочути местните условия за разкриването на етапите на медицинската евакуация, да разузнае има ли пътища за евакуация и тяхната годност за използване, събира сведения, необходими за организирането на практическата работа на едно или друго медицинско учреждение или етап. Санитарнотактическото разузнаване определя например характера на местността, дали тази местност ще затрудни, или не работата на медицинската служба, годността на пътищата за санитарен транспорт, има ли водонизточници, има ли местни средства за транспортирането на ранените или средства за тяхното настаняване за лечение (като кревати, постилчни материали и др.). Към задачите на санитарно-тактическото разузнаване спада и излирването на гражданска лечебни и профилактични учреждения и определянето на тяхната годност за използване от медицинската служба, а така също и издаването на медицински органи и имущество.

Санитарно-епидемичното разузнаване има за цел своевременно да открие, санитарно-епидемичното неблагополучие или наличността на епидемии, както сред местното население, така и сред нашите войски и военнопленените. То също така се стреми към откриването на източника на инфекцията. Обект на санитарно-епидемичното разузнаване са новите райони, заети от войските или подлежащи на заемане в най-скоро време, а така също и пътищата, по които предстои да минат войските.

Санитарно-епидемичното разузнаване се стреми да установи следните неща:

1. Дали има епидемично заболяване на територията, заета от нашите войски или тези на противника, характера на заболяването,

особеностите на клиничното противане на тези заболявания, смъртността и динамиката на заболяването.

2. Причините, които са предизвикали появяването на съответно заболяване, и причините, благоприятстващи неговото разпространяване; битовите условия на местното население, които биха благоприятствали развитието на епидемията; местните обычии, способствуващи за пренасянето на инфекцията, културния уро̀вен на местното население и неговото икономическо положение; санитарното състояние на населените пунктове; състоянието на жилищата, възли-
востта и др.

3. Начина за прибиране и обеззаразяване на нечистотите, състоянието на водоснабдяването, характера на водоизточниците и качествата на водата.

4. Какъв е характерът на храненето на местното население и наличността от продоволствието за паси.

5. Какви са географските особености на местността – топографски и климатични, влияещи върху разпространявачето на инфекции. Наличиността на трансмисивни заболявания, свързани с характера на водоснабдяването, храненето, особености на климата, наличността на насекоми – преносачи или гризачи, а също така от наличността на ендемични заболявания.

6. Провеждат ли се противозаразни мероприятия сред местното население и техния характер.

7. Има ли медицински учреждения, тяхното предназначение и емкостта им, обема и характера на изпълняваните от тях задачи.

8. Има ли медицински специалисти, като например бактериологи, хигиенисти, инфекционисти и др. Особено щателно се разузнават пунктовете, наблюдавани като места за нощувки и денувки на войските или места за големи почивки.

Изискванията, изредени по-горе, важат особено много за санитарно-епидемичното разузнаване, където трябва да бъде непрекъснато, действено, ешелонирано, приемствено и последователно, и то особено в настъпвателните боеве.

Във всеки район, намиращ се на разположение на войските или на учрежденията, след като бъде достатъчно и задълбочено изучен в санитарно-епидемичното отношение и бъдат проведени основните противозаразни мероприятия, се организира непрекъснато и активно санитарно-епидемично наблюдение.

Санитарно-епидемичното разузнаване се различава от санитарно-епидемичното наблюдение. Обект на санитарно-епидемичното наблюдение е районът, изучен по-рано с методите на санитарно-епидемичното разузнаване, но поради това че войските продължават да се намират в определения район, наблюденията над него не могат да бъдат прекъснати, нито пък отслабени, тъй като епидемич-

ните условия, особено в районите на бойни действия, могат рязко да променят своята епидемично състояние. В условията на бактериологичната война тези промени могат да дойдат много ценадейно. Тези промени могат да възникнат освен от употребата на бактериологично оръжие още и от придвижването на местното население. Местното население, което е било под окупацията на противника, обикновено се намира в извънредно лошо санитарно-епидемично състояние. То може да се използува от противника за пренасянето на инфекции чрез предварително разпространяване на епидемии в района, които противникът мисли да отстъпи. При освобождаването на такива райони местното население представлява сериозна заплаха за войските. Затова санитарно-епидемичното наблюдение трябва да бъде особено активно и непрекъснато спрямо местното население.

В общата система на противозаразните мерки, насочени към предпазването на войските от епидемии, санитарно-епидемичното разузнаване и санитарно-епидемичното наблюдение съставлязат важно място, което играе особено голяма роля в организацията на медицинското скита и осигуряването на настъпвателните боеве.

Добре проведеното санитарно-епидемично разузнаване на района и на войските дава възможност за правилното запланиране на противозаразните мероприятия в предстоящите бойни операции, подготовката на силите и средствата и вземане на ефикасни профилактични мероприятия.

Санитарно-химичното разузнаване има за цел да получи своевременно достоверни данни за условията, в къito предстои да се работи в случаи на използванието на химичното оръжие, за правилното разрешаване на въпросите по предпазване на войските, правилната организация на първата помощ и евакуацията и лечение на поразените от бойни отровни вещества. То има следните задачи:

1. Да разузнае местността и населените пунктове, като цели с това да издири най-неязвимите за разяване откъм въздуха места, издиране на места, в които има опасност да се „стече“ бойната отрова, и избиването им от етажите на медицинската евакуация и от войските. Санитарно-химичното разузнаване има задача също така да издири удобни помещения в населените пунктове, които могат да се приспособят за защита от бойните отровни вещества. Разузнаването е дължно да открие заразените участъци, водоизточници и установи възможността за тяхното ползване. Издирива материали и ресурси сред местното население, които биха могли да се използват за санитарно-химична защита на ранените и болните.

2. Иаславане на определени случаи на поразяване от бойните отровни вещества с цел да се изясни клиничната и патологичната картина на загиналите хора и животни, за което се взема анатомичната картина на загиналите хора и животни.

мат органи и се изпращат в лабораториите за изследване. Това ни дава изъмножност за определяне вида на бойната отрова, която е използвана противникът, и средствата за защита от нея.

3. Получаване на данни за химичното взоръжение на противника и за подготвеността на неговите служби за водене на химична война.

4. Извршване на експертиза на хранителни продукти за определянето на тяхната заразеност от бойни отровни вещества.

В зависимост от поставените задачи санитарно-химичното разузнаване се води или самостоятелно от медицинската служба в съответствие с общото разузнаване, или при използването на силите и средствата на химичната служба заедно с медицинската.

Радиационното разузнаване се провежда в районите на хвърляне на атомно оръжие и БРВ.

За правилното провеждане на медицинското разузнаване независимо от вида му горяло значение има неговото организиране. Разузнаването трябва така да бъде организирано, че да не се разпилват силите и средства, а те да бъдат съсредоточени и насочени към уясняването на такива въпроси, които остават неясни след получаването и използването на наличните данни.

Необходимите сведения за медицинската обстановка се получават чрез: а) изучаването на военно-географските, политическо-икономическите и санитарните описание на определения район; б) получаване на сведения от щабовете или от политическите организации; в) събиране и проверяване на данните, които притежават местните медицински работници и местно население; г) участие при разпит на военнопленници и най-вече при разпит на плениeni противнико-ви медицински работници; д) използване на данните, които дава разузнаването на партизанските отряди; е) непосредствено изследване на районите и отделните обекти от органите на медицинската служба.

Медицинското разузнаване разполага обикновено с кратки срокове, след което добитите данни нямат значение и стойност. Затова като медицинският началник организира разузнаването, преди да постави задачите на изпълнителите, той трябва ясно да уточни какви въпроси има да се уясняват и за какви срокове.

Предварителната работа, която има да извърши медицинският началник по организирането на медицинското разузнаване, се състои в уясняването на бойната задача на частта и района на предстоящите бойни действия (изучаването на този район по карта); запознаването му с разполагаемите данни за медицинската обстановка и изучаването им; съставяне списък на въпросите, които трябва да се

уяснят чрез медицинското разузнаване; определяне времето, с което разполага медицинската служба за провеждането на разузнаването и получаване на данните, като се изхожда от бойната задача, която има да изпълнива частта.

След като целият материал, с който се разполага, е разучен и обработен и са уточнени въпросите, които има да се изяснят, медицинският началник трябва да формулира конкретните задачи на разузнаването, да установи количествения състав на разузнавачите и тяхната квалификация и да определи транспортните средства, с които ще се движат. Когато времето, с което разполагаме, е много малко, за пълното му използване разузнавачите се разпределят на пък и малко групи, съставени от медицински лица с различна квалификация, като въпросите, които трябва да се уяснят, се разпределят помежду им. В такива случаи за оползотворяването на времето се използват бързи транспорти.

Поставените задачи трябва добре да се изяснят на провеждащите разузнаването. Трябва да се отчита и квалификацията на този, който провежда разузнаването, при поставянето на задачите. Не всеки медицински орган може да извърши всякакъв вид разузнаване. Поставящият задачите за разузнаване трябва да даде на разузнавача данни за предстоящите бойни действия, да се дадат в писмен вид задачите, които има да изясняват, да посочи на картата маршрута, който има да измине, или да му даде схема на разузнавания обект, а така също реда, мястото и срока за докладването на получените резултати от разузнаването.

Опитът от Великата отечественна война на СССР показва, че се изисква особена точност на организацията на медицинското разузнаване в настъпчелните боеве, като тук извънредно важно значение имат данните, получени за санитарно-епидемичното състояние на освободения район. През време на настъпчелното медицинско разузнаване се стреми да открие огнищата на заразните заболявания и вземане мерки за тяхното бързо ликвидиране. Но с това не се изчерпва работата на медицинското разузнаване, тъй като възможностите за бързото изменение на епидемичната обстановка са винаги налице в настъпчелните боеве. Необходимо е повторно изследване и непрекъснато наблюдение на района. Това налага ешелонираност на медицинското разузнаване.

Първият ешелон на разузнаването се организира със средства на медицинската служба на войсковите части и следицнения. Този ешелон открива огнищата на инфекции и по възможност ги ликвидира.

Вторият ешелон — значително по-мощен от първия, се състои от силите и средства на медицинската служба на армията и фронта. Задачата на двата ешелона е да се открият новопоявилите се епи-

демии и да се вземат мерки за тяхното ликвидиране, като задължението на втория ешелон е ликвидирането на открити от първия ешелон огнища, но неликвидирани от него, тъй като не е имал възможност за това.

Изпълнителят на разузнаването пристъпва към изпълнението на поставените му задачи след поддробното запознаване с указанията, дадени му от организацията разузнаването. Извършващият разузнаването изработва план за медицинското разузнаване, който план е един от допълнителните (незадолжителни) оперативно-щабни документи. В него се определят задачата, времето на изпълнението, изпълнителите, транспортът, марширутът и др.

Като източници за получаването на сведения за медицинското разпознаване могат да служат: а) личното изследване на обекта за разпознаване; б) разпитване на местни медицински работници или местни органи на местността; в) разпитване на местното население. Най-голяма достоверност имат данните, получени чрез личното изследване.

Разузнавачът извърши цялата своя лейност по предварително подгответия план и в определените срокове. Ако в хода на работата има възможност задачата да се разделят, разузнавачът трябва да си стреми получените данни от изпълнението на някои от задачите веднага да съобщава.

Разпознаването може да се изпълни от отделни лица с различна квалификация, от група или от няколко групи.

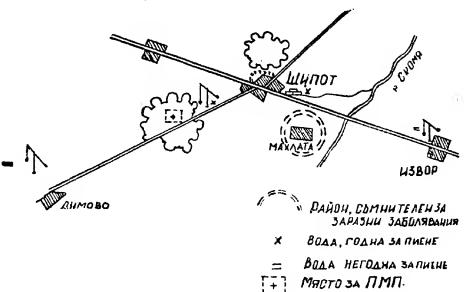
Резултатите, получени от медицинското разузнаване, могат да бъдат докладвани чрез: личен устен доклад пред медицински началник, чрез изпращането на писмено донесение и чрез съставяне на отчетна картичка.

Независимо от формата на донесението разузнавачът е пължен да ладе изчертателният отговори на поставените му въпроси. При устройството докладване донесението трябва да бъде кратко, ясно и събрано, като се посочат източниците, от които са получени тези членки.

Писменото донесение е също трябва да бъде кратко, ясно и сбито и да е направено по формата, установена за полевите документи. Освен изложеното разпознавачът трябва да има името и местонахождението на лицето, за което е предназначено изложението, мястоте и времето на съставянето на донесението и подписът на разпознавача.

Най-добрая форма за предаване резултата от разузнаването е изработването на отчетна картичка. Отчетната картичка представлява схема на изследвания район, върху която чрез условни знаци графично са изобразени местността и данните, които интересуват

медицинската служба. Това, което не може да се изрази графично на схемата, се излага допълнително в легендата към схемата. В нея няма вид на kratки пояснения се дават тия неща, които не могат да се малат в схемата (виж фиг. 3).



Фиг. 3. Отчетна скица на медицинското разузнаване

Разузнаването като задължителна форма на работа на медицинската служба има извънредно голямо значение както за работата на медицинската служба, така и за предпазването на войските от различни изненади и неблагополучие. Подценяването на ролята на медицинското разузнаване или неговото небрежно осъществяване винаги води до неизпълнението или до нездадоволителното изпълнение на задачите по мелиническото снагуяване на бойните действия на войските.

*Глава VIII***УПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА**

С разполагаемите сили и средства военно-медицинската служба извърши редица мероприятия, насочени към осъществяване задачите, които стоят пред военната медицина. Тази целокупна дейност на медицинската служба представлява същността на медицинското осигуряване. Ръководството на работата на органите и средствата на медицинската служба за медицинското осигуряване на войските представлява управлението на медицинската служба.

Управлението на медицинската служба не се е появило изведнък във военната практика. До появата на постоянните армии не може да се говори за осъществяването на управление на медицинската служба, защото не са съществували отделни сили и средства за работата на медицинската служба. С въвеждането на медицинския състав и съответна материална част във войските се заражда и необходимостта от ръководство на работата с тези сили и средства. Най-напред това ръководство се е ограничавало само до лечебната дейност на подчинения медицински състав. Не е схващано още значението на цялостното ръководство на дейността на медицинската служба, като ръководството на лечението е било откъснато от ръководството на евакуацията. С развитието на военното дело (особено появата на различни родове войски) и военната медицина пред медицинската служба в армията възниквали нови задачи и се появявали нови медицински учреждения, което увеличавало значението и усложнявало управлението на медицинската служба. Характерен белег обаче на управлението на медицинската служба до Великата октомврийска революция за руската армия и до 9 септември 1944 година за българската армия е неговата раздвоеност. Военният лекар се занимавал само с ръководството на непосредствената лечебна дейност. Ръководството на евакуацията е било откъснато от дейността на медицинската служба и възложено на строевите офицери. Не се чувствува необходимостта от единство в ръководството на мероприятията по медицинското осигуряване. Работата по медицинското осигуряване се е разсредсточила по много ведомства, което е изключвало възможността за стройно ръководство на силите и средствата на медицинската служба.

Управление на медицинската служба

99

След Великата октомврийска революция в Съветската армия тази многоведомственост в ръководството на мероприятията на медицинската служба се ликвидира и се възложило на военни лекари на цялостното ръководство на работата по медицинското осигуряване. Това се обуславя и от провъзгласения принцип от великия руски хирург Пирогов, че на война решава не медицината, а администрацията (т. е. организацията). В нашата армия пълното обединяване на задачите по управление на дейността на медицинската служба в ръцете на специалистите, т. е. военни лекари, стана след 9 септември 1944 година в процеса на реорганизацията на военно-медицинската служба.

Както след ослобождението на нашия народ от турско иго основните на военно-медицинската служба в българската армия биха положени от взелите дейно участие в Освободителната война 1877-78 г. руски възпитаници: К. Бонев, С. Мирков, Б. Везинков и др., така и сега реорганизацията на нашата военно-медицинската служба се извърши под ръководството на др. д-р Петър Коларов — един от българските лекари, обучени в Съветския съюз и работили в системата на съветското здравеопазване, и от медици, участници в съпротивителното движение у нас.

На военния лекар започна да се гледа като на офицер специалист, ръководещ и отговарящ цялостно за работата на медицинската служба в своя сектор. Издигна се авторитетът на воените медици и те почнаха високо да се ценят от нашата общественост. Независимо от голямото значение на подготовката на всички лекари в областта на своята специалност към воените лекари се предявяват повишени изисквания. От тях се иска да бъдат с опитни и пълноцени военни ръководители и работници по работата за медицинско осигуряване на войските. Ето защо всеки военен лекар трябва да има следните качества:

а) да има добра маркс-ленинска подготовка и да бъде подготвен във военно отношение така, че да се ориентира правилно в оперативно-тактическата обстановка; б) да знае добре основите на ОТМС и да умеет да прилага свояте знания в различните условия на бойната обстановка; в) да е добре осведомен по всички отрасли на медицината и специално на военната медицина.

Гражданските лекари трябва своевременно да получат необходимата военно-медицинската подготовка, за да могат бързо, когато тоя се наложи, да добият и оформят изисканите качества за работа на лекаря сред войските.

ОСНОВИ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Ръководството на дейността на медицинската служба се възлага на медицинските началници в частите, съединенията, обединенията и т. н. Медицинският началник е подчинен във всяко отношение на своя командир (за полка) или на началник тила (за по-горните звена). Същевременно медицинският началник по специална, медицинска линия се подчинява на висшестоящия медицински началник (ст. полков лекар на дивизионния лекар) и ръководи по специалност работата на низшостоящите медицински началници (от ст. полковия лекар — командирите на медико-санитарните възводове). Този начин се получава ч. нар. от никои двойна подчиненост на медицинските началници. Подчинеността по команден ред е основна и пълновластна, докато подчинеността по специалност се изразява в отдяване на разпореждания и отчитане работата на медицинската служба по специалните въпроси. При възникване на спорни въпроси те се решават от висшестоящото командване.

За разлика от медицинските началници на подразделенията, частите, съединенията и др., които имат тази двойна подчиненост, началниците на медико-санитарните части и учреждения имат само една подчиненост — на съответната медицински началник (командир на МСР е подчинен само на ст. полковия лекар, а командир на МСБ — на дивизионния лекар и т. н.).

Управлението на медицинската служба трябва да осигурива най-рационално и целесъобразно използване на силите и средствата на медицинската служба, което съставлява и неговата същност. Това налагат разполагаемите сили и средства на медицинската служба непрекъснато да се насочват към точното изпълнение на задачите по медицинското осигуряване, отчитайки настъпилите промени в бойната и медицинската обстановка. Освен това изискване управлението трябва да се отличава с ясност, т. е. всяко разпореждане да се отдава така, че да няма двусмислие, определено да се разбира какво то задължава. Тези основни изисквания към управлението на медицинската служба — непрекъснатост и ясност (точност), се постигат чрез:

1. Постоянно следене от медицинския началник на бойната обстановка. За всеки бой медицинският началник трябва да е заложен с бойната задача, решението на командира и това на по-висшестоящия медицински началник за мед. осигуряване на предстоящия бой. Запознаване с решението на командира става в допустимите за това граници и с оглед необходимостта за организиране работата по медицинското осигуряване.

2. Вземане на правилно решение за медицинското осигуряване на предстоящия бой. Медицинският началник взема решение след по-дълбоко изучаване на обстановката и нейната щателна оценка.

3. Съовременно и ясно поставяне пред изпълнителите конкретните им задачи и организиране на постоянен контрол за изпълнение на отдалените разпореждания. Необходимо е да се оказва помощ на изпълнителите и организационно да се осигурива изпълнението на поставените пред тях задачи.

4. Наличност на постоянна връзка и взаимна информация между медицинските началници, останалите звена на медицинската служба и общовисоковското командване и щаба. Необходимо е да се обврне особено внимание на обстоятелството, че взаимодействието с други звена на медицинската служба, както и такове с други служби и щабове има голямо и важно значение за осъществяване задачите на медицинската служба.

5. Съовременно реагиране на изменението на бойната обстановка в хода на бойните действия.

Както се вижда, в системата на управлението на медицинската служба медицинският началник трябва да вземе решение по медицинското осигуряване във всеки конкретен случай и цялата му дейност — както при подготовката на бой, така и през време на същия, се насочва от това решение. Затова решението по медицинското осигуряване на бойните действия се определя като основа на управлението на медицинската служба. То определя организацията на лечебно-евакуационната и противоепидемична дейност. Медицинският началник взема своето решение преди всичко въз основа на бойната задача и решението на командира. Решението за медицинско осигуряване на бойните действия е специално решение за използване на силите и средствата на медицинската служба в интерес на изпълнението на решението на командира. Ето защо в решението на медицинския началник обикновено се включват обемът на медицинската помощ, разкриването на стапите на медицинската евакуация, разпределението на средствата за усиливане, оставянето на сили и средства в резерв и маневърът с тях, организацията на медицинската евакуация и разпределението и използването на санитарни и празновръщащи се транспорт на подвоза, задачите и начинът за провеждане на медицинско разпознаване и специалните противоепидемични мероприятия, попълването с медико-санитарно имущество, организацията на сръбзакат и управлението на медицинската служба. Трябва да се има предвид, че обемът и съдържанието на въпросите, които трябва да определи медицинският началник в своето решение, зависят от сложността и разнообразието на задачите на съответното звено на медицинската служба и размера на разполагаемите сили и средства.

ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНIE

Войските получават бойна задача за всяко ново действие. За организиране и водене на бой всеки командир е длъжен да вземе решение. При вземането на решение командирът се подпомага от своя апарат.

В своя доклад медицинският началник трябва да изясни състоянието и възможностите на медицинската служба и да даде предложение за решение по основните въпроси на медицинското осигуряване.

За да вземе решението за медицинското осигуряване на предстоящия бой, медицинският началник трябва да знае: бойната задача и решението на командира, указаните за устройството на тила, данните за санитарно-епидемичното състояние на войските и районите, за разположението и действията им, състоянието на средствата на медицинската служба и указаните на висшестоящица медицински начальник.

Медицинският началник може да вземе правилно и обосновано решение само след уясняване на задачата и щателна оценка на обстановката. Уясняването на задачата на медицинската служба започва с уясняване мястото и значението на задачата на частта и ролята на медицинската служба в изпълнението на тази задача. Правилното уясняване на задачата целенасочена оценката на обстановката. Преди да се пристъпи към оценка на обстановката, обикновено се извърши разчет на личното време. Този разчет дава възможност да се определи как ще бъде използвано разполагаемото време от момента на получаването на задачата до утвърждаване решението на медицинския началник.

Оценката на обстановката обхваща елементи на бойната и медицинската обстановка. Към общата бойна обстановка се отнасят данните за характера на бойните действия, устройството на тила и общите условия за работа на силите и средства на медицинската служба. Към елементите на медицинската обстановка се отнасят данните за санитарно-епидемичното състояние на войските (наши и на противника) и районите за разположението и действията им, за наличните сили и средства на медицинската служба и тяхното състояние (дали съответстват на очаквания обем на работа), за разположението на етапите на медицинската евакуация и за пътищата за евакуация. Оценката на отделните елементи на обстановката трябва да се извърши с оглед на най-добро прилагане на задачите, които стоят пред медицинската служба (затова уясняването на задачата предхожда оценката на обстановката), и да се обръща по-голямо внимание на тези елементи от обстановката, които непосредствено влияят на работата на медицинската служба в зададените конкретни условия. Едни и същи положения може да имат различно значение в летни и

зимни условия, в равнинна и планинска местност, в сухо и дъждовно време и пр.

Оценката на обстановката от медицинския началник обикновено се започва с оценка на противника, наши сили и местността. Противникът и нашите сили се оценяват от гледна точка на количественото съотношение, качеството на въоръжение, особено наличието на най-нови и разрушителни средства за поразяване, степен на подготовка за водене бойни действия, морално-политическо състояние и пр. В резултат на тази оценка и съпоставянето на влиянието на отделните фактори и условията на местността медицинският началник може да направи по-argumentирани изводи за размера на вероятните загуби в предстоящия бой.

Основната местността се оценява от гледна точка на условията, които предоставят за разположение на етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения и за организиране на евакуацията (развитие и състояние на пътищата), като се обръща основно внимание на възможността за маскирано разположение на медицинските пунктове с максимално използване на пресеченото на терена. Освен това местността се оценява за възможностите за използване на местни средства и организиране медицинското осигуряване в хода на бойните действия.

След като направи изводи за вероятните загуби, медицинският началник си съставя необходимите разчети, с които ще обоснове и решението си. Разчетите се правят за вероятните загуби, за транспортирните средства за евакуация на ранените, за болничните легла, за хирургичните групи, за имущество за бойното осигуряване, консервираните кръви и пр. В зависимост от звеното и неговото място в системата „етапно лечение с евакуация по назначение“ медицинският началник си служи с различни по вид, обем и форма разчети. Така например разчетът за вероятните загуби се съставя във всички звена от полк нагоре, но в армията е по-сложен, отколкото в частта и съединението.

Разчетът за вероятните загуби има много голямо значение, тъй като той се поставя в основата на всички други разчети и по него съдим за предстоящия обем на работата на медицинската служба. Този разчет се извърши въз основа на анализирана опита от минавалите воини (а през време на войната и от предишните боеве), като за ръководство служат възприетите норми в проценти или определени размери за загуби за част, съединение и обединение, отчитайки различните степени на напрежението на боя. Не е изцяло да се фиксираят строго средни проценти за загубите на част и съединение в отбранителния и настъпвателния бой и да се прилагат механично. Данните от досегашните бойни действия показват, че съществува голема неравномерност в загубите, давани от отделни части и съединения в различни видове боевые, в различни условия за водене на бойните

действия и в различни моменти на бойните действия, като в някои случаи части и съединения при отбранителен бой могат да понесат разни и даже повече загуби, отколкото в настъпителния бой, макар в по-вечето случаи загубите от него да са по-големи. Правилен разчет на вероятните загуби може да се извърши само в резултат на основен анализ и оценка на конкретната обстановка, респективно противник, наши сили и местност, като се анализира благодарение на досегашния опит влиянието на отделните фактори за напрежението на боя. Установените норми трябва да се използват само като ръководство, но в никакъв случай не и като шаблон.

Разчетът за санитарните транспортни средства се основава на определеното броя на ранените и болните, които подлежат на транспортиране със съответно транспортно средство. Този брой се взема от разчета на вероятните загуби. След това се определя възможният брой рейсове в деноници, който може да извърши едно транспортно средство, и знаеckи неговия капацитет, се разчита колко ранени и болни може да превози в деноници това транспортно средство. Разделните на подлежащия от ранените и болните брой за евакуация в определено звено с възможностите в едно деноници на едно транспортно средство, ще намерим търсения брой на необходимите за евакуация престояния бой санитарни транспортни средства. Трябва да се отчитат и възможностите за използване на пражновръщащи се транспорт на подвоя за евакуация на ранените. Съпоставянето на нуждите с наличните средства ще ни даде осигуреността на евакуациите с транспорт. Разчетът за необходимите хирургични групи, болнични легла, медико-санитарно имущество, личен състав и пр. следва същата цел. Не ще се спирате подробно на тях.

Освен оценката на противник, наши сили и местност и съставът на основните разчети медицинският началник оценява времето, устройството на тила, силите и средствата на медицинската служба. При оценката на времето се отчитат годишното време и метеорологичните условия, които поставят медицинската служба да работи при определени условия и налагат съответни изисквания. На разполагаемото време за подготовка на медицинските сили и средства се съставя съответен разчет.

Оценката на устройството на тила цели медицинското осигуряване да се организира в съответствие с него и да се използват предимствата на общата организация на тила.

Силите и средствата на медицинската служба се оценяват от гледна точка на тяхното състояние, възможности и достатъчност за изпълнение на предполагаемия обем на работата на медицинската служба.

Въз основа на изводите от уясняване на задачите и оценката на обстановката се правят обобщени изводи, които влизат в основата

на принципното или предварителното решение на медицинския началник.

След вземане на решение и след рекогносцировката на местността то се уточнява, развива се и се оформява в схема-план за медицинското осигуряване. Схемата-план по медицинското осигуряване се утвърждава по команден ред. Въз основа на нея се дават т. нар. частни разпореждания до изпълнителите. Поставяните задачите на изпълнителите е най-добре да става при личен контакт с подчинените. За предоставяне на повече време за подготовката на етапите на медицинската евакуация и лечебните учреждения може инициални задачи да се поставят на изпълнителите преди утвърждаването на решението с т. нар. предварителни разпореждания.

Цялата дейност на началника на медицинската служба след поставяне на изпълнителите трябва да бъде насочена към контрол и поддържане подчинените сили и средства на медицинската служба в тяхното изпълнение.

В хода на боя правилният противачане на медицинското осигуряване се ръководи от медицинския началник, който непрекъснато следи работата на подчинените му сили и средства, дава допълнителни указания, взема срочни мерки при неблагополучие на някой сектор в работата и при резки промени в обстановката дава отделни частни разпореждания.

Медицинският началник следи развитието на бойните действия и противачането на медицинското осигуряване чрез личен контакт с щаба и подчинените му медицински звена, чрез различните донесения и пр. Същевременно той трябва да има възможност бързо да поставя задачите на намиращите се под него ръководство органи и да използува всички средства на медицинската служба. Ето защо доброто управление на медицинската служба трябва да се опира на постоянно действуваща свръзка.

За свръзка на медицинската служба може да служи както установената свръзка от щабовете, така и изпращането на медицински работници с определени задачи. Широко се използва и постоящото движение на санитарно-транспортните средства по лечебно-евакуационната мрежа (шофьори, санитарни лица, леко ранени и пр.). Но като най-важен способ за свръзка с подчинените си медицинският началник трябва да използува личния контакт, особено в най-важните моменти от организацията и противачането на медицинското осигуряване.

За доброто и качествено управление на медицинската служба от голямо значение е и щабистата култура на медицинските началници и правилното оформяване и водене на военно-медицинската документация.

Както се вижда, от медицинския началник се иска гъвкавост и творчество за правилно организиране и ръководене силите и средствата на медицинската служба при осъществяване медицинското осигуряване на войските във всеки конкретен случай.

МАНЬОВЪР СЪС СИЛТИ И СРЕДСТВАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Силите и средствата, с които разполага медицинската служба във военно време, са разчетени за работа при средно напрегнат бой и при средни медицински загуби.

В зоната на бойните действия не всички части и съединения участват едновременно в боя, а участващите в бой понасят неравномерно бойни загуби. Войсковите части и съединения, които действуват в главното направление, понасят повече загуби, отколкото тези, които действуват във втория ешелон или в спомагателните направления.

Неравномерността съществува и в санитарно-епидемичното състояние на войските и в много други условия, които влияят на работата на медицинската служба. Това неравномерно разпределение на загубите по подразделения, части и съединения, както и по етапите на боя довежда до това, че за някои от тях загубите са по-големи от средните норми и силите и средствата на медицинската служба са недостатъчни за осъществяването на медицинското осигуряване. Налага се медицинският началник да предвиди и провежда мероприятия, с които да се постигне такова използване на разполагаемите сили и средства на медицинската служба, че да се осигури най-добро изпълнение на задачите, които стоят пред медицинската служба в изменящите се условия на обстановката. Тази дейност на медицинския началник, чрез която силите и средствата на медицинската служба се използват най-добре в хода на боя, наричаме маньовър с медицинските сили и средства.

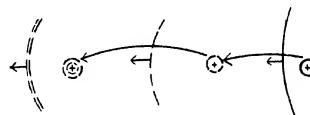
При организация на медицинското осигуряване маньовърът се изразява съответно разпределение на силите и средствата на медицинската служба и начертаване начин на тяхното използване. Начертаният маньовър се провежда в хода на боя и се извършват всички необходими мероприятия, простиращи от конкретните условия на обстановката, за изпълнение на задачите по медицинското осигуряване.

В зависимост от това, с какви сили и средства на медицинската служба се осъществява маньовърът, различаваме маньовър с лечебни учреждения, личен състав, санитарен транспорт, медико-санитарно имущество и пр.

Маньовърът със силите и средствата на медицинската служба бива два основни вида: маньовър на придвижване и маньовър на използване.

Маньовърът на придвижване с лечебните учреждения включва следните основни форми:

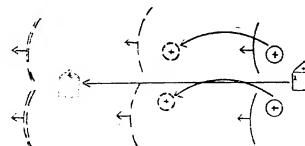
1. С скок. Най-често прилаган маньовър, който се състои в това, че определен етап на медицинската евакуация, след като е рабо-



Фиг. 4. Маньовър на преместване на ДМП чрез скок

тил известно време на едно място и от условията на бойната и медицинска обстановка се налага да се премести на ново предварително избрано място, то целият етап на медицинската евакуация едновременно се премества на новото място. За да може да се извърши маньовър чрез скок, необходимо е ранените предварително да се евакуират или на място да се предадат на друго медицинско учреждение.

2. Прескок. Той може да се приложи, когато в едно евакуационно направление работят две или повече приблизително равностойни медицински учреждения. Този вид маньовър се извършва, ко-



Фиг. 5. Маньовър на прескок

тато медицинското учреждение, което осигурява войските, се е отдалечило и евакуацията на ранените е затруднена, а второто медицинско учреждение се изнася напред пред него. Първото учреждение продължава работата на старото място до обслужване на ранените и евакуирането им, след което се изнася пред второто, прескача го и т. н.

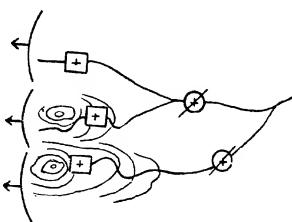
3. Делене. Този вид маньовър се прилага под формата на ешелонирано преместване на медицинското учреждение. Когато се наложи медицинското учреждение да се премести, за да може да следва войските, и няма възможност да се приложи друг вид маньовър, то



Фиг. 6. Маньовър на делене

учреждението се разделя на ляв ешелона, като единият се премества, следвайки войските, а другият ешелон довършва работата, след което се изнася напред и се присъединява към първия ешелон или лък го „прескача“. Маньовърът на делене, когато се налага прилагането му, намалява чувствително обема на медицинската помощ на медицинските пунктове и отделните учреждения. Той е по-удобен за етапите на медицинската евакуация, които състоят от повече учреждения (например ЧОПЕП).

4. Разпределение. То е разновидност на маньовъра на



Фиг. 7. Маньовър на разпределоточение

делене, като медицинското учреждение се разделя по фронта. Този вид маньовър намалява извънредно много обема на медицинската помощ и създава условия за многоетапност при лечебно-евакуационното осигуряване. Използува се рядко при обикновени теренни условия, но в планинско-гориста местност се използува често.

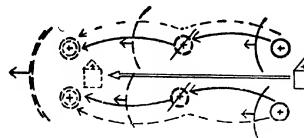
5. Заместване. Към изброените видове маньовър може да се отнесе и маньовърът на заместване. При него, когато едно меди-

маньовър със силите и средствата на медицинската служба 109

цинско учреждение трябва да се премести на ново място, се изпраща друго медицинско учреждение, което напълно или частично поема неговите функции.

Маньовърът на използване лечебните учреждения включва следните най-чести форми:

1. Групиране. Прилага се при действието на части и съединения на тесен фронт. Например няколко ДМП работят близо едно



Фиг. 8. Маньовър на заместване

до друго и се организира обединяване на тяхната работа, като ранените се разпределят равномерно по тях. В този случаи се организират така наредените войскови разпределителни доставе (ВРП). Най-леко ранените, подлежащи за оставане в командата на оздравляващите (КО). се насочват по-правилно към своя ДМП, а за останалите се води отчет, от кои части и съединения са постъпили, за да бъдат информирани за техните загуби.

2. Превключване на потока на евакуациите от едно учреждение към друго. Прилагат се, когато едно медицинско учреждение се претрупа с ранени.

3. Маньовър с вместимостта (калацитета) на лечебните учреждения. Това се прави, когато се очаква голям брой ранени и се налага медицинските учреждения да се разгнат с максимални възможности, като използват не само своите щатни средства, но и всички местни ресурси за приемане повече ранени, отколкото им се полага.

4. Маньовър с обема на медицинската помощ. Изразява се в разширяване или съкращаване на лечебните мероприятия, характерни за всеки етап на медицинската евакуация, в зависимост от изискванията на бойната и медицинската обстановка.

Маньовърът със санитарно-транспортните средства има също така много голямо значение, както и маньовърът с лечебните учреждения. И при него имат приложение двета основни вида маньовър: маньовър на придвижване и маньовър на използване. Първият вид се изразява в съсрепоточаване на санитарно-

транспортните средства на най-важните направления, за да се осигури своевременно доставяне на главната част от ранени в предвидените срокове. Разпределението на санитарно-транспортните средства и маньовърът с тях в хода на боя са тясно свързани с маньовъра с етапите на медицинската евакуация; тяхното приближаване към войските изисква по-малко санитарно-транспортни средства за евакуация на ранените и обратно. Маньовърът на използване санитарно-транспортните средства се изразява в използването за евакуация на ранените и болните вид транспорт, несвойствен за определеното звено на медицинската евакуация.

Маньовърът с личния състав на медицинската служба се прилага почти винаги от медицинската служба при медицинското осигуряване на бойните действия на войските. Най-проста форма на маньовъра с личния състав е усиливането на ПМП и ДМП. Към маньовъра с кадрите се отнася и придаването на специалисти (неврохирурги, челюстно-лицеви хирурги и пр.) от отгелната рота на медицинско усиливане на полевите подвижни болници, които по този начин променят нейния профил и се подготвят за даване специализирана медицинска помощ.

Маньовърът с медико-санитарното имущество има съществено значение за медицинското осигуряване. Най-често медико-санитарното имущество се струпва там, където се очакват най-толеми загуби, т. е. в направлението на главния удар на нашите войски или в очакваното главно направление на удара на противника.

За бързото и резултатно провеждане на един или друг вид и форми маньовър в хода на бойните действия от голямо значение е наличието на определен резерв от сили и средства на медицинската служба, разположение на съответния медицински началник.

Какъв вид маньовър е необходимо да се проведе, във всеки случай зависи от конкретната бойна и медицинска обстановка, от силите и средствата, с които се разполага, и пр. Независимо от вида маньовър, който провежда един медицински началник, той трябва да се стреми към едно — своевременно приложение на задачите по медицинското осигуряване бойните действия на войските.

СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

Глава IX

ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ОТБРАНИТЕЛНИЯ И НАСТЬПАТЕЛНИЯ БОЙ

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ОТБРАНИТЕЛНИЯ БОЙ

Отбраната е една от основните форми на въоръжена борба, при която войските, използвайки условията на местността, инженерното и усиливане и силата на съвременния огън, могат да задържат заманите позиции при превземходащи ги сили на противника, за да нанесат значителни загуби в жива сила и техника и да спрат неговото настъпление. Отбраната е временно положение за воюващи те войски и сама по себе си тя не е в състояние да доведе до победа. Само решителното настъпление е в състояние да осигури на войските пълното разбиране, уничожаване или плениване на противника и да доведе войната до победен край. Отбраната е необходима предпоставка и често пъти условие за подготовката на настъплението, затова тя е временно явление и се обръща в настъпление или в контранастъпление. Крайната цел на всяка отбрана е преминаването към настъпление.

Към отбрана може да се премине: когато е невъзможно или нецелесъобразно да се настъпи, когато отбраната е съставен елемент на настъплението, т. е. подготовка към настъпление, когато има достатъчно сили и средства, но командването счита за нецелесъобразно в момента да се настъпи и когато е необходима продължителна подготовка на предстоящото настъпление.

В отбрана войските преминават чрез два способа: а) отбранителен, който има основен цел да отрази настъплението на противника на предварително подгответо място, и б) настъпательен — когато отбранявящият се чрез контраатаки и контраудари спира настъплението на противника, нанасяйки му загуби в жива сила и техника.

Отбраната не трябва да се схваща като пасивно очакване на удара на противника, а обратно — активно очакване удара на противника, отразяването или ликвидирането на този удар, максимално

112 Основни положения по медицин. осигуряване на отбр. и настъп. бой

разстройство и поражение на настъпващия противник и изменение на състоянието на силите в полза на отбранявания се.

В зависимост от подготвеността на войските и обзавеждането на местността за отбрана различаваме:

1. Отбрана, подготвена в условията на ограничено време, наречена „ускорена“ или полева отбрана.

2. Полева отбрана — сильно укрепена, когато местността е полготвена и предварително обзаведена със средствата на полевата фортификация.

3. Отбрана дълговременна (укрепен район) — когато местото е полготвено и предварително обзаведено със средствата на дълговременната фортификация.

От трите вида отбрана най-често се прилага полевата отбрана. Тя се използва примерно, когато в хода на настъплението стане необходимо да се отбиват контраатаките или контранастъплението на противника, при закрепването на застия рубеж, при неуспешен срещен бой и др.

Най-често към отбрана се преминава, когато времето е ограничено, и естествено при такова положение войските заемат нова място, до което са дистигнали, без да са извършили предварителна подготовка. Разбира се, че при успешно преминаване към ускорена полева отбрана и при достатъчно време бързо се преминава към полево укрепена отбрана.

Когато има възможност за добра организация на отбраната, то тя обикновено се състои от следните елементи:

1. Полоса за осигуряване (предполага), създадена с цел да задържи придвижването на противника към главната отбранителна полоса. Тя се намира на 10—15 км пред главната отбранителна полоса.

2. Позиция на бойното охранение, разположено на 1—2 км от предния край на главната полоса. Тя има за задача да предпази от внезапно противников нападение, да заблуждава противника по отношение на действителното очертание на предния край на главната отбранителна полоса.

3. Главна отбранителна полоса — създава се с цел да се спре атаката на противника и неговото по-нататъшно придвижване, да му се нанесе поражение и да се принуди да се откаже от по-нататъшното си настъпление. Тази полоса трябва да бъде най-силно укрепена и на нея да се разположат основните сили и средства на отбранявящите се войски.¹

¹ По А. С. Георгиевски.

Медицинско осигуряване на отбраната

113

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ОТБРАНАТА

Организацията на лечебно-евакуационното осигуряване на отбраната зависи от характерните особености на отбраната. Медицинското осигуряване на позиционната отбрана коренно се различава от това на маневрената. Същото се отнася и за медицинското осигуряване на отбраната при полеви условия, при сильно укрепена отбрана и пр.

За организацията на медицинското осигуряване на отбраната особено влияние оказва местността, самият характер на отбраната, степента на развитие на траншейната система и пр.

При организацията на медицинското осигуряване на позиционната отбрана, която се характеризира с по-продължителното престояване на войските на едно място, от съществено значение е, до каква степен е активен противникът. Когато в определен участък противникът води настъплението боеве с големо напрежение и нашите войски напригнат всичките сили и средства, за да отбият неговите атаки, то медицинските загуби могат да бъдат много големи, а задачите на медицинската служба много сложни. В периодите на затишье или слаба активност на противника загубите са малко и работата на медицинската служба е спокойна.

Обикновено при позиционна отбрана и при по-слаба активност от страна на противника има относително стабилно разполагане на етапите на медицинската евакуация, което дава възможност за правилна организация на издираването и изнасянето на ранените, тяхната по-нататъшна евакуация и добра връзка между отделните етапи. Продължителното престояване на войските в определен район дава възможност на медицинската служба детайлно да разузнае местността и да използва удобствата ѝ. Това дава възможност за правка на пътища и мостове, за поставяне на знаци, насочвати санитарния транспорт и ходещите ранени към мястото на санитарния пункт.

Етапите на медицинската евакуация имат възможност да оказват медицинска помощ в пълен обем. Много често към основните по-деления на пунктовете има възможност за организирането и на допълнителни такива, в които се задържат на лечение леко ранени и болни. В тия условия медицинската служба се насочва към лечение на болните, когато поради липса на противопоказания те могат да се задържат на лечение в предните етапи. Освен това основните усилия на медицинската служба се насочват към профилактичните и противоепидемичните мероприятия. При по-продължително престояване битовите условия на бойците трябва постоянно да се подобряват. Укрепителните съоръжения се подобряват, организацията на храненето и

² Организация и тактика на медицинската служба

114 Основни положения по медицина, осигуряване на отбр. и настъп. бой

водоснабдяването е по-добра и бойците имат възможност да получават редовно топла храна.

Но продължителното престояване на бойците на едно място има и своите отрицателни страни. Това са замърсяването на почвата, към и землянките, което са разположени близко до селищата, изобилни са със съществуващи външни и вътрешни опасности. Особено опасни са разпространяването на паразити и кожни заболявания. Особено опасни са разпространяването на паразити и кожни заболявания. Особено опасни са разпространяването на паразити и кожни заболявания. Особено опасни са разпространяването на паразити и кожни заболявания. Особено опасни са разпространяването на паразити и кожни заболявания.

При активни бойни действия от страна на противника медицинските загуби нарастват значително и често пъти превишават по брой при настъплението. Настъпващият противник обикновено превишава отбранищите си три пъти, а това от своя страна води до увеличаване на пътността на огъня, което пък води до повишаване на загубите, затрудняване издирането и изнасилването на ранените от бойното поле. Голямата пътност на противниковия огън затруднява и разгърнато на предимите етапи на медицинската евакуация, особено на батальонния медицински пункт.

Господството на противника във въздуха също така затруднява по-нататъшното иззвозане на ранените и болните, от една страна, а от друга — разгърнато на етапите, като ги привежда да се разгъват далеч от основните пътища, контролирани от авиацията на противника, вън от населените пунктове, а в съвременните условия и възможности за употреба на атомно оръжие трябва да се устроят дълбоко под земята.

По данни от нееднократното изследване на бойните травми в отбраничния бой е доказано, че тези наранявания имат по-тежък характер, отколкото нараняванията в настъплителните боесе. Това се обяснява с факта, че преобладават нараняванията от артилерийски и минни парчета, които в сравнение с куршумните са много по-тежки.

При подготовката на отбраната по правило медицинският начальник провежда медицинско разузнаване. В това разузнаване той определя местността за укриването на ранените в ротните райони ("гнесида за ранени"), мястото за разкриване на съответния етап на медицинската евакуация, най-добре и най-безопасните пътища за евакуацията на ранените, поставянето на знаци по тях и пр.

В траншейната система трябва да се правят различни подобрения за улесненото изнасяне на ранените, разширяват се завоите, устройват се спускатели, стъльбички, мостове и др. Съобщителните ходове се изкопават достатъчно дълбоки, за да могат санитарите-носачи да ходят в тях изправени.

Медицинско осигуряване при маневрена отбрана**115**

При позиционната отбрана трябва да се обхврне внимание на медицинското осигуряване на действуващите в полосата за осигуряване или в бойно охранение войски.

Медицинското осигуряване на войските, действуващи в полосата за осигуряване, се организира от дивизионния лекар. Подразделенията на бойното охранение се усилват по разпореждане на старши полкови лекари.

Във възда, засел позиция за бойно охранение, обикновено се изпращат санитари, санитарен инструктор и санитари-носачи. При необходимост при него се изпраща и санитарен транспорт за извозването на ранените.

Етапите на медицинската евакуация във войсковия район в условията на позиционната отбрана обикновено се разгъват на по-големи разстояния, отколкото при настъплителния бой от фронтовата линия. При сълна активност от страна на противника и неустойчивост на отбраната, при открита местност отдалечаването става на разстояние повече от пределното.

Условията за евакуация при отбраната обикновено са благоприятни, което дава възможност за издирането на етапите по-назад, за спокойна работа. Не са редки случаите, когато евакуацията се усложнява поради прекъсването на евакуационните пътища поради силното огнево въздействие на противника или неговото вклиниване. В такива случаи нерядко евакуацията се осъществява към съседни полкове или дивизии.

Обемът на медицинската помощ в условията на малка активност на противника е пълен, но когато неговата активност е много голяма и медицинските загуби са големи, то обикновено обемът на медицинската помощ е съкратен.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ МАНЕВРЕНА ОТБРАНА

Подвижният характер на маневрената отбрана поставя редица тежки условия за работата на медицинската служба. Основната задача на медицинската служба в този вид бой е изясняването на ранените и тяхната ускорена евакуация. Кратковременното престояване на етапите на медицинската евакуация на едно място не им дава възможност за пълно разгъртане и използване на силите и за това обемът на медицинската помош е обикновено съкратен, понякога — минимален. Етапите обикновено са максимално отдалечени от бойния ред като винаги имат готовност да работят в обкръжение. При това отдалечаване от бойния ред винаги съществува опасността от откъсване на етапите от войските.

При маневрената отбрана особено много е затруднено издирането и изнасянето на ранените, особено изнасилването от ротните райони. Изясняването на ранените в условията на маневрената отбрана е

116 Основни положения по медицински осигуряване на отбр. и настъп. бой

задължение не само на медицинската служба, а и основна задача на ротните командирни. Не бива определено място да се отстъпи на противника, докато не се изнесат от него всички ранени. Ротният командир е длъжен да отдели в помощ на санитарите-носачи спомагателни носачи. А за извозването на ранените се използват не само санитарно-транспортните средства, а също налични транспорт в по-дленето, като нерядко се прилага до използването на транспорт от местното население.

За осигуряване на непрекъснатост на медицинската помощ етапите на медицинската евакуация се преместват от рубеж на рубеж. Така например дивизионният медицински пункт, докато една част от него, състояща се от най-тежкото и голамо имущество, се отправя с част от личния състав на ново място, то известна част от силите и средствата остават на старото място и продължават да работят, докато заминалата част не започне да приема ранените при себе си.

По правило болничната база на армията разгъва само ограничен брой подвижни полеви учреждения. Първата специализирана медицинска помощ нерядко се дава едва във фронтовата болнична база, а не в армейската. Една от разновидностите на маневрената отбрана е отходът, който е един вид маневър, провеждан в такива случаи, когато само чрез времененото загубване на територия е възможно да се измени неблагоприятната обстановка. Най-често отходът се провежда с цел да се изведат войските от ударите на противника и да се изставят в най-изгодното положение за поначатъшното водене на боя. В други случаи отходът може да се проведе за замената на най-удобни рубежи от отбрана, за съкращаване на линията на фронта и пр.

Отходът има за задача да запази силите за сметка на загуба на територии, като от опразнената територия трябва да се евакуира всичко, което би могло да ползува противника, в това число на първо място за войските стоя евакуацията на ранените и болните. Става се прави на ъръбочина поне изън от обсега на противниковата артилерия.

При организирането на отхода на първо място се осигурява излизането на войските от боя, като за прикриването на отхода се оставят арьергардни части, които заемат основните пътища и командните височини за задържането на противника. Организацията на медицинското осигуряване на отхода е една от най-сложните и трудни задачи на медицинската служба.

Медицинската служба трябва да осигури изнасянето на всички ранени и болни от ротните райони и да организира оказването им на съответна медицинска помощ. Медицинската служба е длъжна своевременно да организира евакуацията на ранените и болните, а също така да изведе от ударите на противника етапите на медицинската евакуация.

Медицинско осигуряване на настъпления бой

117

За своевременното осигуряване на изнасянето на ранените от ротните райони санитарното отделение се усилва със спомагателни санитари-носачи от бойните на ротата. В поделенията, прикриващи отхода на войските, за изнасянето на ранените имат грижата всички строеви командири и бойци. За да не се пропусне никой ранен боен да остане на бойното поле, санитарият на ротата напуска последен бойното поле, а санитарният инструктор напуска с последната прикриваща група, като организира изнасянето на ранените със силите на отходящата група.

Ранените от ротата се изнасят предварително в определено място, където медико-санитарният взвод на батальона е придвижилик транспорт за евакуацията им. Медико-санитарният взвод по правило дава медицинска помощ „в движение“, както и при настъплението. За да се ускори евакуацията на ранените и болните, широко се използва освен санитарния транспорт и празновръщящият се такъв и транспорть на местното население. В медико-санитарния взвод на арьергардния батальон работи обикновено лекар, изпратен от състава на полка, който дава първата лекарска помощ. В началото на отхода колковият медицински пункт се изнася с първия ешелон на тиловите подразделения. Той се разгъва на промеждъчни рубежи в тила.

При отход медико-санитарният батальон на дивизията най-напред изнася по-тежкото си имущество на промеждъчни рубежи, а останалите подразделения се задържат до евакуацията на есичко ранени в тила и после се присъединяват към основните сили на медико-санитарния батальон.

Правилното лечебно-евакуационно осигуряване на отхода се осигурява при добро познаване на обстановката, плана на боя, времето на отхода, предните рубежи и значението на следващите такива. Във връзка с това началникът на медицинската служба е длъжен особено здраво да поддържа връзката с шаба, да следи внимателно за всички изменения на обстановката, а така също да следи за създаваната връзка с медицинските служби на подчинените, за да може своевременно да дава указания за работата.

Опитът на Великата отечественна война на СССР ни учи, че при добра организираност и знание на медицинската обстановка медицинската служба се справя успешно с медицинското осигуряване на отхода, като не позволява нито един ранен боен да остане в ръкете на противника.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА НАСТЪПАТЕЛНИЯ БОЙ

Настъплението е един от основните начини за водене на бойни действия на войските, който начин се изразява в движение напред на всички сили и средства, съчетано с удар и оган, с цел да се разбие,

плен или унищожи противникът. За да се премине в настъпление, необходимо е да се създаде превъзходство над противника в сили и средства, особено в главното направление на удара. По този начин, овладявайки инициативата на действие, настъпватите войски принуждават противника да се отегли, като изходът на боя трябва да завърши с унищожаването му.

Настъпателният бой може да се развие срещу противник, на бързо преминал към отбрана или прилагащ маневрена отбрана. Разновидност на маневрената отбрана е, когато противникът е дезорганизиран в миналите боеве и не е успял своевременно да засече предварително укреплена позиция. В такива случаи правило е веднага да се премине в настъпление за пробиване позициите на противника и неговото пълно унищожаване.

Настъплението може да се развие срещу противник, предварително подгответ отбраната в полеви условия.

Най-тежко се води настъпление срещу противник, зал екрен район или позиция. В такива случаи настъплението се води по метода на последователното овладяване на опорните пунктове и пробиване на укрепената полоса.

Във всички случаи на настъпателен бой той може да се води при условията на непосредствено съприкоснение с противника или без съприкоснение. Във втория случай е необходимо да се подходи към отбраната на противника, като се преодолее полосата на осигуряване.

За да се премине в настъпление, войските заемат изходен район за настъпление. Изходният район (рубеж) трябва да се замъра бързо и скрито от противника, особено в съвременната война, когато се прилагат средствата за масово унищожение, като атомното оръжие и др. В изходно положение войските трябва да престоят поне един светъл ден за правилна ориентировка на местността, а типовите части и учреждения се доближават максимално до бойния ред на войските, които съсредоточават основните си усилия по направление на главния удар. Приближаването на типовите учреждения до бойния ред се извършва с цел да могат по-дълго време да работят на едно място, без да съществува опасност още в първите моменти на започването на настъплението да се откъснат от бойния ред. През време на развилиото се вече настъпление типовите части и учреждения следват войските бързо с разгръщат в нови райони.

При настъплението медицинската служба осъществява своите задачи по медицинското осигуряване при условията, които присъзтичат от самия характер на настъпателния бой. Налага се медицинската служба да работи при непрекъснатото придвижване на бойния ред и при разсейването на ранените както по ширина на фронта, така и по етапи на боя. Съсредоточаването на голямо количество войски и

бойна техника на тесен участък от фронта увеличава вероятността за попадянето на по-голям брой загуби. Медицинската служба трябва да осигури с медицинска помощ тия големи загуби при своето непрекъснато движение. Местността в която медицинската служба ще осъществява своите задачи, е непозната, поради това че е била в ръцете на противника, а това може да доведе до различни санитарно-специални неблагополучия, разрушаване на пътища, трудности при разкриване на етапите и др.

За да може медицинската служба да изпълни поставените ѝ задачи по медицинското осигуряване, необходимо е още в подготовкителния период добре да се обмислят и организират всички мероприятия. В изходно положение за настъпление медицинските пунктове се разгръщат напълно или частично в зависимост от конкретната бойна обстановка на максимално близко разстояние от бойния ред на войските с оглед да могат да оказват по-дълго време медицинска помощ на едно място. Набелязват се и местата за бъдещите премествания на пунктовете. Попълват се медицинските подразделения с медико-санитарно имущество и личен състав. Част от медицинските сили и средства се разпределят и се придават на подчинените медицински служби за усиливане, като се оставят задължително достатъчно резерв в разпореждане на медицинския началник, с който при необходимост да провежда маневърът.

При организацията на медицинското осигуряване на частите и подразделенията, които са в авангард, те задължително се усилват с медицински сили и средства. Същото се отнася и до подразделенията, които имат да изпълняват самостоятелни задачи.

В периода на подготовка на настъплението началникът на медицинската служба провежда медицинско разузнаване и използващи всички достъпни средства, състреми да разузнае или получи сведения за санитарно-специалното състояние на противника и на района на бойните действия. В същото време началниците на медицинските пунктове разузнават местата за разгръщане на медицинските пунктове, както и пътищата за евакуация.

В настъпателния бой особено значение имат противоепидемичните мероприятия. Необходимо е правилното инструктиране на личния състав за заемане на необходимите противоепидемични мерки и да се дадат указания на строевите командири и на личния състав на поделенията и частите за задължителните мерки, които трябва да се заемат за предизвикането на войските от епидемии.

Преди започването на боя войците се снабдяват с вода и индивидуални средства за лезиификация на воката (пантокит, хлорина и др.). Забранява се употребата на вода и хранителни продукти, както и друго имущество, намерено на територията, заемана от противни-

120 Основни положения по медицин. осигуряване на отбр. и настъл. бой

ника. Забранява се контакт на нашите бойци с пленници и с местното население.

В подготвителния период медицинските служби трябва да се освободят от всичко излишно и ограничаващо тяхната подвижност. Ако в пунктовете има ранени или болни, то те се евакуират в тила. Санитарно-транспортните средства предварително се разпределят и изпращат към съответните медицински пунктове. Групиранието на силите и средствата на медицинската служба трябва да бъде такова, че основните усилия да бъдат съсредоточени в направлението на главния удар на настъпватите войски.

През време на боя на ранените се оказва първа медицинска помощ и се групират по определени направления, откъдето се евакуират. Най-често медико-санитарните взводове на батальоните оказват лекарската медицинска помощ във време на движение — от рубеж на рубеж, като се стремят да не изостават от своите батальони.

Обемът на медицинската помощ в настъпителните боеве най-често е съкратен. На ранените и болните се оказва медицинска помощ в етапите на медицинската евакуация и бързо се евакуират, за да могат медицинските пунктове своевременно да се освободят от ранените, да се придвижват напред.

Преместването на медицинските пунктове при настъплението е затруднено, поради това че единовременно с оказването на медицинска помощ трябва да се осъществява и придвижването на медицинския пункт. Това налага понякога медицинските пунктове да се преместват пощелонно, като най-напред се изнася временно-сортиро-възничото отделение, а превъзъзочното остава на старото място за довършване работата по оказване на медицинска помощ, след което и се премества. Последно се премества евакуационното отделение, след като е евакуирало всички ранени и болни. Такова преместване на пунктовете естествено улеснява тяхното своевременно придвижване напред, но намалява обема на медицинската помощ. Този начин за преместване не може да се осъществи от батальонния медицински пункт, нито от полковия, тъй като силите и средствата им са много малко, за да могат да ги разделят.

Най-удобно е преместването на пункта да става единомоментно и изцяло, а понякога могат да се използват съседни медицински пунктове или медицинските пунктове на приладените части, като по този начин евакуациите не се прекъсват, а при преместването не се налага разделянето на пункта. При преместването може да се използува и формата на заместване, като по-висшестоящият медицински пункт ида на мястото на по-нисшестоящия и взема при себе си ранените, като освобождава от тях съответния пункт. Когато преместването се налага да се извърши без използването на друг медицински пункт, евакуацията трябва да бъде прекъсната, ранените се спират

Медицинско осигуряване на настъпителния бой

121

на новото място, на което ще дойде пунктът, а пунктът довършва своята работа на старото място се премества.

Действуващи на територия, заемана доскоро от противника, всички звена на медицинската служба трябва да провеждат непрекъснато медицинско разузнаване, като за всяко забелязано неблагополучие донасят веднага на по-стария медицински началник. Това важи особено за предните звена на медицинската служба, които първи ще се срещнат със санитарно-епидемичните неблагополучия на освободената от противника територия.

За непрекъснатото на провежданите мероприятия през време на боя в дълбочина в противниковата отбрана необходимо е да се поддържа непрекъсната връзка. Организацията на връзките се провежда още при организирането на медицинското осигуряване. През време на боя връзката се осъществява чрез леко ранените, водачите на санитарно-транспортните средства, специалните куриери или с овци-войски съвързочни средства. Само поддържането на редовна непрекъсната връзка на медицинския началник с подчинените медицински служби може да осигури правилното медицинско осигуряване на настъпителния бой.

При настъпителния бой началникът на медицинската служба се намира най-често на командно-наблюдателния пункт на командира на частта или поделението, откъдето може да следи най-добре развитието на боя и медицинското осигуряване на войските и може при необходимост съответно да реагира на променената бойна и медицинска обстановка.

При провеждането на настъпление в специални условия (гористо-планинска местност, форсирани на река, населен пункт и пр.) организацията на медицинското осигуряване се осъществява при съобразяване с особеностите, които призичат от тези условия.

Динамичността при провеждането на съвременните настъпителни боеве, масовото включване в тях на сили и средства изискват от медицинската служба максимално напрятане на силите и средствата за правилното и навременното осигуряване на войските. Началниците на медицинските служби трябва детайлно да разработят свояте решения и да предвидят всички възможни маневри за използването на силите и средствата на медицинската служба, тъй като след започването на боя много трудно може да се правят промени.

Глава X

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВАТА РОТА

Стрелковата рота е тактическо подразделение на стрелковия полк, която е обособена като цялостна тактическа единица. Ротата е подразделение на стрелковия батальон, като броят на рогите, влизащи в състава на батальона, е различен, но средно те са три. Бойната дейност на ротата е много разнообразна.

СЪСТАВ, ЗАДАЧИ И СТЪКМЯВАНЕ НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ НА РОТАТА

Медицинското осигуряване на стрелковата рота се осъществява със силите и средствата на санитарното отделение на ротата, което подразделение има следния състав: командир на подразделението — санитарен инструктор, и няколко санитари. Командирът на подразделението е подчинен непосредствено на командира на ротата, а по специалността си е подчинен на командира на медико-санитарния взвод на батальона.

Към щатния състав на санитарното отделение на ротата, като това не е необходимо, командирът на ротата може да придае спомагателни санитари, които подпомагат санитарното отделение в изпълнение на неговите задачи и се намират под ръководството на командира на подразделението.

През време на бой санитарното отделение има следните задачи:

1. Да окаже първа медицинска помощ на ранените на бойното поле.
2. Да направлява ранените, които са в състояние самостоятелно да се привикаят, към батальонния медицински пункт или поста на санитарния транспорт.
3. Да защити тежко ранените, които не са в състояние сами да се укрят или привикаят, като ги укрят за запазване от неблагоприятни външни въздействия или от вторични наранявания.
4. Да обозначи местата, където са укрити тежко ранените, за да могат санитарите-носачи да ги намерят.
5. Да провежда непрекъснато санитарно разпознаване в района на бойните действия на ротата.

6. Да провежда мероприятия по защитата на бойците от инфекционните заболявания.
7. Да снабдява личния състав на ротата със средства за самовзимопомощ.

8. Да провежда санитарна просвета в среда личния състав на ротата.

В периодите на затишие и на почивка санитарното отделение на ротата оказва първа медицинска помощ при заболяване или нещастни случаи, но основна негова работа в тия периоди е да провежда мероприятия по защитата на бойците от инфекционни заболявания. Командирът на подразделението използва това време за обучаването на ротните и допълнителните санитари в прийомите за даване на първа медицинска помощ на ранените и способите за укриването им.

ЗАДАЧИ НА КОМАНДИРА НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ

Преди започването на бой командирът на подразделението трябва добре да се запознае със задачите на ротата, мястото на командния пункт, ротния пункт за боеприпаси, мястото на поста на санитарски пункт и часа, когато ще се разкрие, мястото на поста на санитарния транспорт и полковия медицински пункт. Той трябва старателно да изучи мястото, където ще се води бой, като потърси скрити пътища и подстъпи за изнасянето на ранените, удобни места за „гнезда на ранените“, да даде указания за реда на работата на санитарите санитарите-носачи, да установи сигнализите за зрителна и слухова връзка, да провери дали санитарите са комплектувани с необходимото им имущество, а така също дали личният състав на ротата има средства за даване самопомощ и взаимопомощ.

През време на бой командирът на санитарното отделение се намира непрекъснато в ротата си, избира такова място, от което най-добре ще наблюдава хода на боя, следи за работата на санитарите и ги подпомага с непосредственото си ръководство и участие, организира бързоте изнасяне на ранените от „гнездата“, поддържа непрекъсната връзка с командира на ротата и командира на медико-санитарния взвод, на който докладва за броя на ранените и убити санитарни взвод, и влезе мерки за своевременното попълване на изразходваното имущество.

В хода на бой командирът на санитарното отделение донася на командира на ротата за броя на ранените и подлежащите на изнасяне бойци, при загуба в личния състав на подразделението за необходимостта от санитарно разпознаване и за потасяване на огневи точки на противника, а при завършване на бой — за общия брой на ранените.

Командирът на санитарното отделение трябва да бъде самоизинчен в организирането на първата медицинска помощ на бойните

ното поле, извличането, изнасянето и иззвозването на ранените, в използването на поддръжните средства за примитивна имобилизация и евакуация и е длъжен да умее правилно и бързо да се ориентира във военната обстановка на рогата и в условията на местността. Командирът на отделението има длъжност санитарен инструктор и се зема за назначаване от сержантския състав.

За да може санитарният инструктор да окаже първа медицинска помощ на ранените, необходимо е той да разполага със съответно имущество. Всичко онова, което му е необходимо, той носи в санитарно-инструкторската чанта. В нея има стерилни превързочни пакети, бинтове, триъгълни кърпи, турникети, накладни шини и инструменти.

РЕДЪТ НА РАБОТА НА РОТНИТЕ САНИТАРИ

Ротните санитари са от редовния състав на медицинската служба. В условията на съвременната война изискванията към санитара независимо от мястото на неговата работа са много големи. Той трябва да познава до съвършенство повърхното му снаряжение (носачески колан, турникети, медикаменти, лопатка и др.), да оценява правилно местността и да избира най-удобните места за укриването на ранените, да води непрекъснато наблюдение на бойното поле, а когато падне ранен боен, да умее скрито да се приближи към него, да му даде първа медицинска помощ, и то много често при най-неблагоприятни условия, а след даването на първата медицинска помощ да извлече ранения по различните способи, към укритие, за да го запази от вторични наранявания и атмосферни вредности, а ако няма укритие, да окопае ранения и себе си в личната си лопатка. Санитарят трябва да умее да издири ранените на бойното поле, а също така и да ги товари и разтоварва на санитарния транспорт.

Към важните задължения на санитара спада и това да умее бърже и правилно да поставя при съответна индикация кръвоизпаряща превързка, която има особено значение за спасяването живота на ранения. Санитарят трябва да владее до съвършенство своето лично оръжие и оръжието на боеща, тъй като често пъти ще се наложи да защищава своя живот и живота на ранения.

Ротният санитар, който влиза в състава на санитарното отделение, работи само в района на своята рота. Най-честият начин за използването на санитарите е тяхното предварително разпределение по взводове, като един от тях се оставя за резервен санитар. Резервният санитар се намира при командира на отделението и се използва в зависимост от конкретната бойна и медицинска обстановка. Втори начин за използване на санитарите е те да се намират при команда на отделението и в хода на боя да се изпращат там, където се

Редът на работа на ротните санитари

окаже необходимо. Кой от двата начина трябва да се използува, зависи от конкретната обстановка и от решението на санитарния инструктор.

Първата медицинска помощ, която оказват ротните санитари на бойното поле, е около 65 % от помощта въобще, като останалите 35 % са в поръдъка на самономощ и взаимномощ. В мероприятието по даване на първа помощ на бойното поле се включват неотложни медицински манипулатии по спасяването живота на ранения или болния или за облекчаване на неговото страдание.

В общата на медицинската помощ, която се дава на бойците на бойното поле, се включва:

1. Налагане на стерилна превързка на всеки ранен.
2. Налагане на кръвоизпаряща превързка с турникет.
3. Правене на примитивна транспортна имобилизация с подръчни средства.
4. Правене на оклузионна превързка при отворен пневмоторакс.
5. Даване на първа помощ на поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия.

Една от трудните дейности на санитара е издирането на ранените, особено в условията на настъпителния бой и лоша видимост, като: мъгла, снежна въелица, гора, силно пресечена местност, нощно време, храсталак, населен пункт, посеви и пр.

Тъй като първата медицинска помощ ще изиграе своята роля при своевременното ѝ оказване, то необходимо е ротният санитар веднага да открие ранения и да му даде необходимата медицинска помощ. В хода на боя санитарят открива ранените при непосредственото наблюдаване на бойния ред на взвода, към който е придален. Това ваки: особено много за настъпителния бой. Санитарят върви зад бойния ред на такова разстояние, че да може добре да наблюдава падането от взвода. При попадение на мина или снаряд в бойния ред санитарят веднага се отправя към мястото на попадението, за да даде медицинска помощ на нуждаещите се. Той трябва добре да различава обикновеното залягане от падането на ранения боен. При обикновеното залягане боещът никога не изпуска оръжието си, а непременно пада с лице към противника, веднага след залягането си той отпълзява или започва да се окопава, докато раненият боен или пада като покосен, или неестествено размахва ръце и бавно се съмква в неопределена посока, а след падането си не прави опит за окопаване или отпълзгане. За откриването на ранените съществено значение има и лаването на сигнали от страна на ранените.

След завършването на боя издирането на ранените на бойното поле може да стане по най-различни начини. Всички тия начини обаче могат да се осъществят при отдалечаването от мястото, което

ще претърсваме, от бойния ред дотолкова, че търсещите групи да не са под пушечно-картечния огън на противника.

Най-често срещащият се начин за издиране на ранените е санитарното „гребло“. То се изгражда от санитарите и от спомагателните бойци, които са нареджат във верига на разстояние един от друг на зрителна връзка. „Греблото“ може да бъде право и косо. При правото „гребло“ санитарите оглеждат бойното поле, като вървят перпендикуларно на фронта. При косото, което се използва при силно пресечена местност и значително отдалечаване от фронта, се върви под диагонал на фронтовата линия. При косото „гребло“ се тръгва от определено място диагонално на фронта, след това се връща перпендикуларно, отива се пак диагонално по втория диагонал и се връща перпендикуларно към първоначалното изходно положение.

При косото „гребло“ в издирането може да участвуват две групи, които си разменят местата, или пък само една.

Втори начин за излизане на ранените е използването на специално обучени кучета. Санитарното куче открива ранения и му доставя личен превъзложен пакет, а след това извиква санитар, за да го прибере.

Трети начин за издирирането на ранените е чрез санитарни ватраули, който начин е бил използван с много добри резултати през годините на Великата отечествена война на СССР при превоз на ранени под преграда. Същността на този способ се състои в това, че на мястото, където се прави прехвърлянето, се определят сектори, в които патрулират санитари (по 2 – 3) за откриване на потъващи бойци, паднали във водата, или изтласканни на брега бойци, които нямат сили за самостоятелно придвижване. Санитарите ги откриват, дават им пръв помощ и ги изнасят към съответните пунктове.

Четвърти начин за издиране на ранените бойци се използва в бой в голям населен пункт чрез изтраждането на специални търсачки групи. Тези групи, разделени на звена от по 2 — 3 души, получават райони за обледяне. Особено внимание се обръща на разрушенияте здания, сутерените, убежищата, ДОТ-овете, съобщителните ходове, окопите и др.

За по-лесното откриване на ранените през ношта се използуват различни осветителни прибори, като лампи електрически фенери, ката и др. Използванието им обаче трябва да се прави много остроожно, тъй като, ако това се забележи от противника, той веднага прилага съсреточен огън. През нощта трябва да се използуют също така и различните слухови сигнали: Понякога обаче те трудно се дават поради шума от боя или пък привличат вниманието на противника.

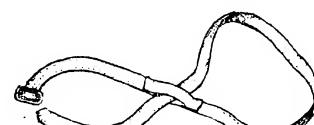
Резулт на работата на потвдните санитарни

Ясно е, че цялата своя дейност на бойното поле ротният сапитар трябва да извършва при строго спазване на мерките за маскировка и при грижливо приспособяване към местността, а освен това голяма част от своята дейност той трябва да извърши пъзешком.

Санитарят се приближава до мястото, където е паднал раненият чрез къси прибезки, когато е по-отдалечен, а след това —



Фиг. 9. Турникет



Фиг. 10. Несъщески кодан къв вид на осмурка

пълзешком. Пристигнал при ранения, санитарят застава от тая страна на ранения, от която е нараняването, и веднага пристигва да даватено на първа медицинска помощ, ако мястото, на което се намира ранението, е укрито от наблюдението и огъня на противника. Ако мястото е открито, то често пъти санитарят най-напред укрива ранението, или окопава и след това пристигва към даването на първата медицинска помощ.

вата медицинска помощ.

За да може санитарът да върши своята работа, е необходимо той да има санитарна чантa, в която да се намира нова имущество, с което той ще осъществи даването на първа медицинска помощ и изличането на ранения. В чантата на санитара има превъзложни пакети, готови превъзложки, триъгълни кърпии, кръвососиращи превъзложки (турнаги), прости транспортни шини (накладни), ножика и нож за разрязване на дрехите и ботушите на ранения и др. (виж фиг. 9). Санитарите в бронетанковите и механизирани войски заляжълително имат в чантите си и ключ за стваряне на люковете на танка. Чантата се носи на рамо, ако е направена от достатъчно здрава материя за застрашаване на имуществото от похабяване.

зазване на имуществото от походите.

Задължително снаряжение за санитаря е и носаческият колан, който облекчава извънредно много работата на санитара при излизането на ранени. Най-честият начин за използването му е във вид на скомплексирана (вж. фиг. 10).

ИЗВЛИЧАНЕ НА РАНЕНИЯ ДО МЕСТАТА ЗА УКРИВАНЕ ИЛИ ДО „ГНЕЗДАТА ЗА РАНЕНИ“

Едно от най-трудните задължения на ротния санитар след даването на първа помощ на тия ранени, които не могат самостоятелно да се придвижват или укрити, е да извлече ранения до някакво укритие. Тази своя трудна задача санитарят трябва да осъществи под пушечно-картечния огън на противника.

Извличането на ранения може да стане по най-различни начини. Способът, по който трябва да бъде извлечен раненият, се определя от конкретната обстановка и от вида на нараняването. Трябва внимателно да се помни, че извлечането трябва да стане при максимално щадене на ранения.

Много чест начин за извлечане, към който прибегва санитарят, е извлечането по хълбок (виж фиг. 11). При този способ, който



Фиг. 11. Извлечане от санитара на хълбок

може да се използува за много от ранените, санитарят поставя ранения на полуслънчния си десен крак и го измъква, като го придържа с

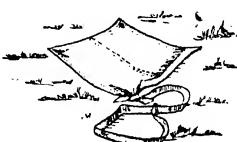


Фиг. 12. Извлечане от санитара на гръб

лявата ръка. Друг начин е вземането на ранения на гръб (виж фиг. 12). Санитарят може да използува различни помощни средства при извлечането. Наи-често е използването на шинела или платнището, върху които се поставя раненият, и с помощта на носачкия

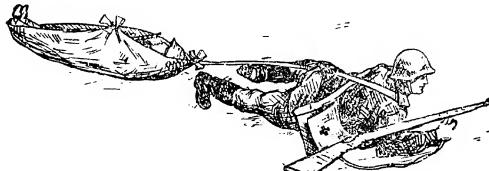
Извличане на ранения до мястата за укриване или до „гнездата за ранени“ 129

колан се лърпа (виж фиг. 13 и 14). При използванието на носачкия колан ръцете на санитари се освобождават, за да може при необходимост да използува личното си оръжие, а освен това и самият той



Фиг. 13. Пригответие на платнището за извлечане върху него с помощта на носачкия колан

има по-голяма свобода на действие. Извънредно удобни за извлечане на ранените са различните приспособления, пригответи от шперплат



Фиг. 14. Извлечане върху платнище с помощта на носачкия колан

във вид на влечила. Тези влечила запазват ранените от каквито и да било травми и се дърпат много лесно при неравна или камениста



Фиг. 15. Шперплатно влечило

местност (виж фиг. 15). Там където местността позволява, раненият може да се изнесе на гръб (виж фиг. 16).

След поставянето на ранения в укритие или в „гнездо за ранени“ санитарят е длъжен ведната да постави знак, по който знак санитарите-носачи ще могат да намерят укрития ранен. Този знак може да бъде парче бинт, завързано за храст или на пръчка, лопатката на ранения с поставена на нея каска на ранения, връзка трева или сено на пръчка, връзка цветя и др. Тези знаци трябва да бъдат поставени на такива места, че да могат да се забелязват ясно и отдалеч от санитарите-носачи, но и да са невидими от страна на противника. Различните знаци се забелязват от различни разстояния, средната им видимост е от 70 – 80 метра.

Ротният санитар, осъществява своята дейност в най-трудни условия, под непосредствената заплаха за неговия живот и за живота на ранения. Първата медицинска помощ, която той оказва при съвременното разбиране на военно-медицинската наука, трябва да се окаже веднага след нараняването. Това е основното задължение на санитара. Дадената навреме първа медицинска помощ спасява живота на голем брой ранени, особено тия с кръвоизливни, и има съществено значение за по-нататъшното лечение на ранените.

Правилната организация на първата помощ и на извлечението на ранените от бойното поле има решаващо значение за правилното осъществяване на медицинското осигуряване на войските във войще. От работата на ротните санитари зависи работата на всички останали звезди на медицинската служба; това основно положение бе правилно осъществено през годините на Великата отечественна война от съветската военна медицинска служба и даде възможност да се върнат в строй огромен брой от ранените и болни.

Фиг. 16. Изнасяне от един санитар на гръб с помощта на носачески колан



РАБОТАТА НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ НА РОТАТА В ОТБРАНИТЕЛНИЯ БОЙ

В условията на отбранителния бой санитарното отделение има редица предимства, които идват от самия характер на позиционната отбрана.

Преди започването на боя санитарният инструктор има възможност за детайлно изучаване на местността, определяне на подстъпните и начините за извлечението на ранените, местата за „гнездата“,

предварителната подготовка на окопите, за да може да се изнасят из тях ранените. В условията на позиционната отбрана санитарният инструктор има възможност за предварителното оборудване на ротен медицински пост, като за тая цел се изкопае укритие и в него се постави необходимото имущество за работата, постъпълчни материали, рода и др. В тоя ротен медицински пост санитарният инструктор ще осъществява първата медицинска помощ.

Преди започването на боя командирът на санитарното отделение инструктира подробно ротните санитари за реда на тяхната работа и за условията, в които ще работят. Същото нещо прави и със санитарите-носачи. В хода на боя той се намира или в близост до ротния командир, откъдето наблюдава боя и ръководи работата на санитарите и санитарите-носачи, или е в ротния медицински пост, където дава първа медицинска помощ, колкото е необходимо да им се даде медицинска помощ или докато дойдат санитарите-носачи за тяхното по-нататъшно изнасяне. Ротният пост, както и „гнездата“ не трябва да останат като места, където става задържането на ранените, които бе отразило зле на тяхното по-нататъшно лечение.

В условията на позиционната отбрана поради престояването на едно място по-продължително винаги се създават условия за замърсяване на района. Това винаги трябва да се има предвид от санитарния инструктор и да се вземат всички мерки за спазването на личната и колективната хигиена.

РАБОТАТА НА САНИТАРНОТО ОТДЕЛЕНИЕ В УСЛОВИЯТА НА НАСТЪПАТЕЛНИЯ БОЙ

За успеха на работата през време на боя решаващо значение има преварителната подготовка.

В подготовката на санитарите трябва да проверят своята окооплетуваност с имущество, да бъдат запознати с предстоящите задачи и инструктираны за реда на работа. Санитарите се разпределят към взводовете или остават всички при командира на отделението. Санитарният инструктор трябва да ги запознае с оста на движението на медико-санитарния взвод на батальона и набелязат мястата за сгрупиранието на ранените.

В хода на боя ротните санитари се движат зад бойния ред на такова разстояние, че да вляждат добре в бойците. При падане на ранени санитарите веднага се отправят към тях, оказват съответната медицинска първа помощ и ги укриват. Санитарите-носачи, които се движат на известно разстояние след санитарите, веднага изнасят ранения към предварително определените места за сгрупирание на ранените и остана на движение на медико-санитарния взвод.

Командирът на санитарното отделение се намира в близост до рогния командир и на тия места, откъдето най-добре ще наблюдава боя и ще ръководи работата на санитарите и санитарите-носачи. Когато стане необходимо, той сам се включва в даването на първа медицинска помощ.

Във време на настъпителния бой санитарното отделение осъществява своята работа при непрекъснатото движение. Това му дава възможност навреме да окаже първа медицинска помощ и да не се откъсне от стремителното движение на бойния ред напред.

Глава XI
МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ
НА СТРЕЛКОВИЯ БАТАЛЬОН

Стрелковият батальон е тактическо подразделение. Той може да бъде самостоятелен или в състава на полка. Батальонът има в състава си роти, които обикновено са три. След Първата световна война поради бързото насищане на войските и по-специално на психотата с автоматичнис оръжие в състава на стрелковите батальони се вмъкнаха и картечни роти.

Медицинската служба на стрелковия батальон се състои от медико-санитарния взвод на батальона, който е шатно поделение на същия, и санитарните отделения на ротите към батальона. Начело на медицинската служба в стрелковия батальон стои медицински техник (фелдшер), който е командир на медико-санитарния взвод.

През време на Втората световна война в батальона (дружината) на нашата армия началник на медицинската служба беше лекар, като през втората фаза лекарите от дружините бяха изтеглени към полка. Опитът показва, че стоещето на лекар в батальона е не само излишно, но и вредно. Изпращането на лекар в стрелковия батальон води до задържането на ранените в него или невъзможност за пълното разгръщане силите на лекаря. Обемът на медицинската помощ, която се дава в района на батальона, е напълно извън възможностите на медицинския техник (фелдшера), а лекарят има възможност да разгъне силите си от полковния медицински пункт нагоре. В отделни случаи, когато батальонът има да изпълнява самостоятелна задача извън състава на полка, то медицинската му служба може да се усли с лекар. Изпращането на лекар може да стане и при усложнена медицинска обстановка. В такива случаи лекар най-често се взема от състава на медико-санитарния батальон на дивизията.

Медицинската служба на батальона има следните задачи:

1. Да организира издирането на ранените в ротните райони, даването на първа медицинска помощ, тяхното изнасяне и извозването им до батальонния медицински пункт.

2. Да ръководи работата на санитарните отделения и да ги подпомага, когато това е необходимо.

3. Да организира лаването на долекарска медицинска помощ на пристигналите на батальонния медицински пункт ранени, болни и поразени от бойни отровни вещества и атомна енергия.
4. Да подгответи ранените, болните и поразените от БОВ и атомна енергия за по-нататъшната им евакуация.
5. Да организира снабдяването на батальона с медико-санитарно имущество.
6. Да организира провеждането на профилактични и противоепидемични мероприятия за предпазването на личния състав от инфекциозни заболявания.
7. Да организира медицинско разузнаване и санитарен надзор.
8. Да организира санитарната просвета сред личния състав на стрелковия батальон.

СЪСТАВ, ЗАДАЧИ И СТЪКЛЯВАНЕ НА МЕДИКО-САНИТАРНИЯ ВЗВОД

Медико-санитарният взвод се е състоял от: 1) медицински техник (фелдшер) — командир на взвода; 2) санитарен инструктор — заместник на командира на взвода; 3) двама санитарно-носачи и 4) един коняр. Целият състав на взвода е от лет души.

Задачите, които стоят пред взвода, са: да разкрие със собствени сили и средства батальонния медицински пункт и да окаже в него долекарска медицинска помощ; да изнася ранените от ротните райони; да подгответи ранените и болните за по-нататъшна евакуация; да снабдява батальона с медико-санитарно имущество; да провежда медицинско разузнаване, профилактични и противоепидемични мероприятия; да ладе долекарска медицинска помощ на поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия и да провежда санитарна просвета сред личния състав.

Медико-санитарният взвод има следното снабдяване:

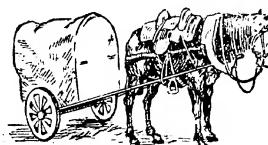
1. Една полева фелдшерска чанта, с която работи медицинският техник. В нея се намират всички материали, с които той ще осъществи долекарската медицинска помощ.

2. Санитарно-инструкторска чанта, с която работи заместника на командира на взвода — санитарният инструктор.

3. Комплект Б, който представлява бризантна раница, пълна със стерилизни превързочни материали, триъгълни квадри, бинтове и др. материали, разчетена за оказване на медицинска помощ средно на 100 души ранени.

4. Комплект Б — „шини“, съдържащи шини на Крамер, накладни, Литерикс, позволяващи да се даде помощ на около 45—75 счупвания на горни и долнни крайници и на долната челюст.

5. Една санитарна двуколка с кон, с която се превози останалото имущество (комплектите). На санитарната двуколка задължително има две празни носилки (виж фиг. 17). Имущество, с което разполага медико-санитарният взвод, е разчетено така, че там, където не може да мине двуколката, то да бъде пренасяно на гръб. Затова то е леко, в съответни комплекти.



Фиг. 17. Санитарна двуколка

удобни за пренасяне от един човек, тъй като много често се налага, скобено в настъпвателните боеве, да се носи на гръб.

Малкият брой хора, които влизат в състава на медико-санитарния взвод, и малкото по обем и брой имущество, с което е снабден, го прави извънредно много подвижен и слабо забележим от противника. Това се налага поради факта, че медико-санитарният взвод работи в непосредствена близост до бойния ред на батальона и често пъти попада под огъня на противника.

Командирът на медико-санитарния взвод е подчинен във всяко отношение на командира на стрелковия батальон, а по специалността си е подчинен на старшия полкови лекар. Останалият състав на взвода е подчинен във всяко отношение на командира на взвода.

За да може правилно да организира своята работа, командирът на медико-санитарния взвод трябва да знае бойната задача на батальона и решението на командира на стрелковия батальон, да знае указанията на старшия полкови лекар, мястото на разположението на батальонния пункт за боеприпаси, състоянието на медицинската служба и санитарно-епидемичното състояние на батальона.

След като се освободи за всички тия неща, командирът на взвода взема решение по медицинското осигуряване на батальона, косто решението локализва на командира на батальона. Когато решението бъде утвърдено, той започва неговото провеждане и изпълнение.

Основният начин на работа на медико-санитарния взвод е "в движение". Това му дава възможност за своевременното даване на

Медицинско осигуряване на стрелковия батальон

докарската медицинска помощ и да не се откъсва от бойния ред на батальона.

Когато е необходимо по-продължително престояване на едно място, медико-санитарният взвод разкрива батальонния медицински пункт.

БАТАЛЬОНЕН МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ (БМП) — МЯСТО ЗА РАЗКРИВАНЕТО МУ И ФУНКЦИОНАЛНИ ПЛОЩАДКИ

Батальонният медицински пункт е етап на медицинската евакуация, разкрит от силите и средствата на медико-санитарния взвод в района на батальона за оказване на докарска медицинска помощ. Той се намира на 500—1500 метра от фронта. Това разстояние зависи от конкретната бойна обстановка и от характера на местността. В настапителните боене се вземат малките разстояния, за да не се откъсва медико-санитарният взвод от бойния ред, а в позиционна отбрана — големите. Отдалечността от фронтовата линия не бива да е мери само в метри, а и да се взема под съображение времето, за което ще пристигнат ранените в пункта. Известно е, че ранените трябва да пристигнат най-късно 2—3 часа след нараняването им. С това се спазват най-благоприятните срокове за лечението на ранените. По данни от Великата отечествена война знаем, че 91 % от ранените пристигат в БМП в срок до 4 часа след нараняването им. Голямата част от тези ранени — ходещите, пристигат до 2-ия час, а след 4-ия час остават само 1,4 %.

Така например в Берлинската операция през м. април и началото на май 1945 година е установено следното:

Срок за пристигане на ранените на БМП	Процент на ранените
До 2 часа	61,7
2—4 часа	29,3
4—6 часа	6,4
6—8 часа	1,2
Повече от 8 часа	1,4

Мистото, на кое то трябва да се разкрие батальонния медицински пункт за даване на докарска медицинска помощ, трябва да е в близост до командния пункт на командира на батальона и да отговаря на следните изисквания:

1. Да е защищено от пушечно-картечния огън на противника, което се постига чрез разполагането му в „мъртви пространства“ (долове, обратни скатове на хълмовете и др.).

Задачи на батальонния медицински пункт

137

2. Да има скрити от огъня на противника и удобни подстъпи към него за санитарите-носачи и пътища за санитарния транспорт, идващи от полковия медицински пункт.

3. Да има достатъчно място за разполагането му.

4. Да не е в близост до наша артилерия, която привлича вниманието на противниката такава, да не е в близост до мостове, гари и спирки или други ориентирни на местността.

5. Да е защищено от употребата на БОВ и атомно оръжие.

6. Да е на нормално разстояние от фронтовата линия.

Коато се избира място за организирането на батальонен медицински пункт, трябва да се предвидят площици за настаняване на пристигналите ранени от фронта, площици, на която работи медицинският техник, площици, където ранените чакат евакуация, място за струпване на резервното имущество и носилки и място за престояване на транспорта, идващи от полковия медицински пункт, и собствения транспорт.

Площадка на мястото, която заема батальонният медицински пункт, е малка — средни размери 50—70 на 50—70 метра.

Тъй като медико-санитарният взвод не разполага с палатки, то най-често той работи на открито, а през зимата при по-продължително престояване на едно място се изкопават землянки — една, където се оказва докарска медицинска помощ, и друга за престояване на ранените до тяхната евакуация.

ЗАДАЧИ НА БАТАЛЬОННИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ

Пред батальонния медицински пункт, разкрит в района на батальона, се поставят следните задачи:

1. Да приеме и регистрира всички ранени, болни и поразени от бойни отровни вещества и атомна енергия, пристигнали в него. Регистрацията се извършва от медицински техник, който записва пристигналите по име, военно звание, поделението, от кое то са, характера на нараняването и къде и кога е евакуиран. В отделен журнал се регистрират смъртните случаи, като се записват починалите в пункта и по пътя към него. Документация в батальонния медицински пункт не се извършва.

2. Сортиране на ранените. То се извършва от медицинският техник, който излиза тежко ранените, нуждаещи се от неотложна докарска помощ от хирургична интервенция, и великата ги евакуира. Към тях спадат ранените в шоково състояние, ранените с кръвоспиращи превръзки, ранените в корема, ранените с отворен пневмоторакс и др. Във втората група се отелят ранени, на които трябва да се окаже докарска медицинска помощ, без която тяхното състояние през време на транспортирането към полковия медицински пункт ще се влоши. Това са ранените с лошо направени имобилизации, с въз-

становено кръвотечение или лошо направена кръвоспираща превръзка. Ранените, болните и поразените от бойни отровни вещества и атомна енергия, които са в състояние самостоятелно да се придвижват (а тоява са половината от общия брой на ранените), величага се отправят пеш към полковния медицински пункт. Останалата половина чака санитарния транспорт, изпращен от полковия медицински пункт за евакуация, или се натоварват на празновръзчица се транспорт.

3. Трета задача на баталлонния медицински пункт е да даде долекарска медицинска помощ на нуждаещите се.

4. Да подготви ранените за тяхната по-нататъшна евакуация.

ОБЕМ НА ДОЛЕКАРСКАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Обемът на долекарската медицинска помощ се определя от двете основни задачи: да се бори с опасността, която носят кръвоизливите и второ, да предпази огнестрелните наранявания от усложнения. Медицинските мероприятия, които се провеждат в баталлонния медицински пункт, са продължение на мероприятията, които се оказват в района на ротата от санитарите при давачето на първа помощ. Помощта, която се дава в баталлонния медицински пункт, има още задача да подгответи ранените, за да могат те да издържат транспортирането до полковия медицински пункт.

Долекарската медицинска помощ се оказва от медицинския техник с помощта на санитарния инструктор на взвода и се състои в следното:

1. Проверка на всички превръзки, направени в района на ротата. Тъй като условията на работа в ротата са доста тежки, естествено е, че в пункта често пристигат ранени с неправилно направени или свлечени при транспортирането превръзки. Такива превръзки трябва да се поправят веднага. Кръвопросмуканите превръзки не се сменяват, а се прави надвръзка. Задържано е поголовното сънтяне на превръзките, тъй като това би довело до излишно задържане на ранените в пункта и би им донесло само вреда.

2. Проверка на примитивните имобилизации, направени в ротата. Ако се наложи сменяването на имобилизацията, то тук вече се слага стандартна шина от комплект Бз.

3. Задължителна проверка на всички кръвоспиращи превръзки, направени в ротата. Прави се проверка, дали правилно са сложени, имат ли бележка за часа на налагането, дали играят ролята си, или не, има ли съответни индикации за нея и пр. Ако превръзката не е необходима, тя се сваля, ако пък има кръвотечение, а превръзката не е наложена, то такава се поставя веднага.

4. Затваряне на външната рана при отворен пневмоторакс с налагането на масивна превръзка и използванието на гумирания плат от личния превързочен пакет.

5. Провеждане на най-елементарни мероприятия по предотвратяването на травматичния шок или борбата с него при появата му. Тук се включва даването на различните обезболиващи средства, застоплянето на раненията, нахранването, даването на алкохол, сърдечни средства и пр. Употребата на алкохола играе решителна роля по прекратяването на травматичния шок.

6. Даване на помощ на поражените от бойни отровни вещества и атомна енергия. На поражените от атомна енергия, ако в района на ротата не им е направена частично санитарна обработка: дезактивация, то това се извърши тук, като на всички ранени и поражени от атомна енергия се извличат откритите части на тялото с вода, а дрехите и оръжието се изтърсят от попадналния по тях прах.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗНАСЯНЕТО И ИЗВОЗВАНЕТО НА РАНЕНИТЕ ОТ РОТИНТЕ РАЙОНИ ДО БАТАЛОННИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ

Организацията на своевременното изнасяне и извозване на ранените от ротините райони е най-важната и най-тежката задача на медико-санитарния взвод. От изпълнението на тая задача зависи по-нататъшното лечение на ранените и изходът от това лечение. Навременно пристигане на ранените в полковия медицински пункт, където ще получат първа лекарска помощ, зависи само от работата на медико-санитарния взвод и от организационните способности на медицинския техник.

Ранените, които могат да се придвижват самостоятелно, пристигат сами в баталлонния медицински пункт и обикновено тия, които пръв пристигат в пункта, са ранените, които са способни да се придвижват самостоятелно.

Ранените, които не са в състояние сами да се придвижват, се изнасят от ротините райони по два начини: 1) чрез изпращане предварително на санитарно-носачески звена, които ги изнасят направо вартирено на санитарно-носачески звена, и 2) чрез придвижването към ротите на пост на санитарни пункти, 2) чрез придвижването към ротите на пост на санитарни пункти, който подпомага санитарите-носачи в извозването на ранените.

Санитарите-носачи, които изнасят ранените от ротините райони, се придвижват към медико-санитарния взвод преди започването на боя от медико-санитарната рота на полка, в която те се водят по щат. Старшият полков лекар в своето решение определя вероятните медицински затуби за всеки стрелков баталон на полка и в зависимост от боя на тия затуби изпраща към медико-санитарните извозванища. В дните на баталонните определен брой санитарно-носачески звена. В хода на боя медицинският техник непосредствено ръководи работата на носаческите звена.

Санитарите-носачи, изпратени в медико-санитарните взводове на баталоните, работят в звена по двама, а понякога и трима или четирима. Един от санитарите-носачи е командир на звеното. Основното задължение на санитарно-носаческите звена е изнасянето на ранените от местата, където те са укрити от ротните санитари, или от „гнездата“ до баталонния медицински пункт или до поста на санитарния транспорт. Това изнасяне на ранените трябва да се осъществи с разчет пристигането на ранените в баталонния медицински пункт за бъде до втория час след нараняването им. Това е най-благоприятният срок за тяхното по-нататъшно лечение, „затова изнасянето на ранените от бойното поле е необходимо да се осъществи във време на бој под пушецко-картечния огън на противника; необходимо е ранното доставяне на раненния на близкия медицински пункт за даването на първа лекарска помощ и по-нататъшната евакуация на онзи етап, където е възможно оказването на квалифицирана хирургична помощ“ (Смирнов). Успехът на цялата верига от медицински мероприятия, насочени към възстановяването на босовременната първа помощ, така и от своевременното изнасяне на ранените от бойното поле.

Санитарите-носачи, необходими за изнасянето на ранените, се определят от конкретната бойна обстановка и от броя на вероятните загуби. Едно носаческо звено може да изнесе на 500 метра от 8 до 10 души при обикновени условия; ако в известна част от пътя на изнасянето е необходимо да се пълзи, то ефективността на работата се намалява чувствително.

Опитът от Великата отечественна война на СССР показва, че работата на носаческите звена се затруднява извънредно много поради значителното раздробление на силата на огъня от всички видове оръжия и от факта, че те трябва да работят не само в зоната на действителния, но и в редица случаи и на прицелния огън на противника. Това изисква в много случаи носачите да се привличат пълзенски, внимателно използвайки условията на местността за маскировка. Отдалечаването на носаческото звено от огъня на противника му дава гъзможност за нормална работа.

Носаческите звена вземат ранените от укритията и от „гнездата за ранени“ по най-различни пътища. Ако санитарите-носачи направят помощни средства за изнасяне, те могат да вземат ранения, като направят с ръцете си „столче“. Това столче може да бъде направено с четирийте ръце на носачите или с три, когато раненият трябва да се прицърка. Изнасянето на ранения може да стане, като единият санитар го хваща през гърдите, а другият за краката, като се пъхва

Работата на санитарите-носачи се облекчава чувствително при използването на носаческия колан. Коланът се приготвя във вид на осморка, след това санитарите-носачи го поставят на раменете си, като на единия минава през лисното, а на другия през лявото рамо. Там където коланът се прекръстосва, се поставя да седи раненият. Единият от санитарите-носачи прицърка ранения. При този способ санитарите-носачи върват успоредно. Ако условията на местността не позволяват успоредно вървение, то санитарите-носачи върват един зад друг, а раненият се прикрепя от задния носач.

Най-честият и най-удобният начин за изнасянето на ранените от бойното поле е използването на носилката. Изнасянето с носилка е един от най-добрите способи за транспортиране на ранените. Пирогов пише: „От всички транспортни средства за пренасянето на ранените на превързочните пунктове без съмнение носилката заслужава преимущество, а за тежко ранените и едва ли не единственото удобно средство при транспорта.“

Носаческото звено поставя носилката от тая страна на ранения, от която е нараняването. Откъм здравата страна застават санитарите-носачи и повдигнат ранения, за да го поставят на носилката. Повдигнато може да стане по два начина. Първият, когато санитарите застават на колене, единият откъм главата, другият – откъм краката на ранения и при свъртвания команда го повдигат и поставят на носилката. Вторият начин е, когато раненият бива хващан за дрехите и за колана. При този начин санитарите-носачи само се навеждат, без да застават на колене. При този способ раненият се травматизира много по-малко при повдигането.

Пренасянето на ранените върху носилка значително се облекчава при употребата на носаческите колани. При тяхното използване дръжките на носилката се поставят на коланите и ръцете на санитарите-носачи се облекчават, за да могат при необходимост да използват личното си оръжие.

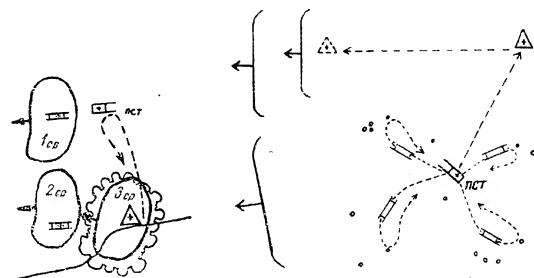
Когато е необходимо ранените да се изнасят на големи разстояния, както например при отбранителен бой или при пренасяне на ранени в силно пресечена местност, се прилага към изнасяне чрез шафетния способ.

Същността на този способ се състои в това, че разстоянието, на което е необходимо да се пренесе раненият, се разделя на няколко участъка с равни големини. В началото на всеки участък се разлага носаческо звено-шафета, което звено има за задача да пренесе ранения до следващото такова. Разстоянието между отделните шафети може да бъде различно в зависимост от характера на местността. За средно пресечена местност това разстояние може да бъде

200–250 метра. Поради самите условия на работа членната щафета е използвана от ротните райони и колкото се отдалечаваме от фронта, толкова и разстоянието между отделните щафети се увеличават.

ПОСТ НА САНИТАРНИЯ ТРАНСПОРТ

Втори начин за изнасянето на ранените от ротните райони е използването на санитарен транспорт в помощ на санитарите-носачи. Под пост на санитарния транспорт трябва да се разбират санитарни



Фиг. 18. Придвижване на ПСТ към една от най-отдалечените роти

но-транспортни средства, придвижени по пътя на евакуация, водещ от ротните райони към баталлонния медицински пункт или от него към полковия медицински пункт.

Постът на санитарния транспорт (ПСТ) се разкрива най-често за облекчаване работата на санитарите-носачи и да се ускори изнасянето на ранените от ротните райони. Той е междинно звено – съединителен възел между две звена на медицинската евакуация.

Постът на санитарния транспорт се организира в следните случаи:

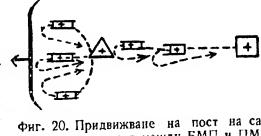
1. Когато една от ротите на баталиона е доста отдалечена от баталлонния медицински пункт и евакуацията на ранените от нея се затруднява (вж. фиг. 18). Организирането на ПСТ в такива случаи е възможно, когато характерът на бойните действия и условията на местността допускат престоя на санитарния транспорт и неговото прикрито придвижване.

2. При осигуряване на рота, която има самостоятелна бойна задача.

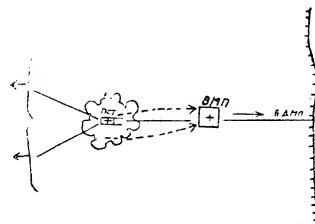
3. Когато има организирано събиране на ранените от бойното поле по радиерната система (вж. фиг. 19).

Изнасянето на ранените по радиерната система може да стане например при сполучливо развиране на настъпителен бой, когато поради закъсняване на медико-санитарни възвод възниква необходимостта да се придвижи санитарен транспорт за организиране изнасянето на ранените от района, зает от нашите войски. Също така изнасянето на ранените по радиерната система може да се организира в района на разположение на наши войски, попаднали под налета на противниковата авиация. И в тази случаи придвиженият

транспорт заема в района централно място (вж. фигурата), а напред транспортизирани изнасят ранените към него. Това извънредно улеснява работата на носачите и ускорява извозването на ранените.



Фиг. 20. Придвижване на пост на санитарния транспорт между БМП и РМП



Фиг. 21. Придвижване на пост на санитарния транспорт за осигуряване на преден отряд

4. В известни случаи постът на санитарния транспорт може да се разположи зад медико-санитарния възвод (вж. фиг. 20 и 21).

Подобно разположение на поста ще стане в случаите, когато поради конкретна бойна обстановка (наличност на силен противников огън или непроходима местност) колите временно не могат

ла се доближат до медико-санитарния взвод. В такива случаи личният състав на медико-санитарния взвод се приближва напред, носяки със себе си необходимото му имущество, а санитарният транспорт остава назад и организира пост на санитарния транспорт. Една част от санитарите-носачи изнасят ранените от ротите до мястото, където се е разположил медико-санитарният взвод, а друга част изнасят от него до мястото, където се намира санитарният транспорт.

При този начин на организиране на пост на санитарния транспорт е необходимо медико-санитарният взвод да се усили с допълнителни санитарно-носачески звена.

Освен от медико-санитарния взвод постът на санитарния транспорт може да се организира със силите и средства на полковата или дивизионната медицинска служба, особено в случаите, когато ротата има да изпълнява самостоятелна задача. Освен конен транспорт може да бъде използвана и мотолинейка.

В зависимост от задачите, които се поставят пред поста на санитарния транспорт, се определя и съставът и количеството на санитарно-транспортните средства.

Задачите, поставени пред поста на санитарния транспорт, са:

1. Да организира непрекъснато изнасяне на ранените от ротите постъпили до месторазположението на поста.
2. Да извърши елементарна транспортна сортировка на донесените при поста ранени за отхранието на нуждаещите се от неотложна помощ или незабавна евакуация.

3. Проверка на направените в ротните райони превръзки и по-правката им, когато това е необходимо. Началникът на поста на санитарния транспорт трябва да разполага с достатъчно имущество за смяна на превръзки, правене на имобилизация и сърдечни средства.

4. Натоварването на ранените на санитарно-транспортното средство, нещо което се извършва от санитарите-носачи, които донасят ранения.

5. Посочване на ходещите ранени, болни или поразени от бойни отровни вещества или атомна енергия най-късно и най-безопасния път за придвижването им към батальонния или полковия медицински пункт. По правило ходещите ранени не би трябвало да се пращат на поста, ако той не се намира по техния път на евакуация, тъй като това би затруднило тяхното придвижване.

6. Поддържане връзка с командирите на санитарните отделения на ротите и подпомагането им в организирането на издирането и изнасянето на ранените.

Ръководството на поста на санитарния транспорт се възлага най-често на санитарен инструктор, а по-рядко на медицински тех-

ник. Обикновено към ПСТ се придават и санитари-носачи за организирането на изнасянето на ранените. Началникът на поста при необходимост оказва долекарска медицинска помощ. В такива случаи ранените не се задържат в батальонния медицински пункт, а веднага се извозват към полковия.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ БАТАЛЬОН В ПОЗИЦИОННА ОТБРАНА

Преди започването на боя и след получаването на бойната заловед на командира командирът на медико-санитарния взвод започва своята работа по вземане на решение по медицинското съпътстване.

Той си уяснява задачата, която има да изпълни, оценява обстановката, взема предварително решение за медицинското осигуряване по карта и провежда медицинско разузнаване.

Поради това че при позиционната отбрана батальонът се задържа сравнително по-продължително на едно място, то командирът на медико-санитарния взвод има възможност детайлно да пручи местността на бойни действия и да използва удобствата на тая местност. Той определя „гнездата за ранени“, подстъпите за изнасяне на ранените, пътищата за тяхното извозване, мястото, което ще се организира за даване на долекарска медицинска помощ, батальонния медицински пункт и мястото, където ще се организира постът на санитарния транспорт, ако има такъв.

Мястото, на което ще се разположи батальонният медицински пункт, поради по-продължителното престояване в него може да се подгответ и обзаведе за по-удобна работа в него. Пътищата, ако това е необходимо, могат да се поправят и по тях да се поставят знаци, посочващи мястото на батальонния медицински пункт. БМП обикновено се отдалечава максимално от фронтовата линия, което му дава възможност да работи по-спокойно. Това отдалечаване на пункта е възможно благодарение на добрата връзка, която може да се осъществява с ротния район, и поради относително стабилното разположение на пункта.

При зимни условия батальонният медицински пункт при позиционна отбрана се разкрива в землянки, обикновено две — едната, в която се дава долекарската помощ, а другата за ранените, чакащи по-нататъшна евакуация.

През време на боя командирът на медико-санитарния взвод се намира непрекъснато в батальонния медицински пункт, където осъществява долекарската медицинска помощ и където най-лесно наблюдава хода на работата в ротните райони и поддържа непрекъсната

връзка с командирите на санитарните отдельния чрез леко ранените и санитарите-носачи. За хода на боя и за конкретната бойна обстановка той се осведомява от командира на батальона.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СІРЕЛКОВИЯ БАТАЛЬОН В НАСТЪПАТЕЛЕН БОЙ

Работата на медико-санитарния взвод в условията на настъпителния бой е значително затруднена поради необходимостта да дава помощ „в движение“. Освен това той провежда своята работа при значително затруднено издиране на ранените поради непознатата местност и поради разseyането им по ширина на фронта и по етапи на боя.

След получаването на бойната задача командирът на взвода взема решение, в което определя мястото, на което ще се намира медико-санитарният взвод в изходното положение, оста на движението и местата, на които ще се спира в хода на боя.

В изходното положение взводът обикновено се намира максимално доближен до бойния ред и в близост до командния пункт на командира на батальона.

В условията на настъпителния бой няма възможност за предварителна подготовка на „гнезда за ранени“, затова командирът на взвода определя по картата местата, където биха могли да се групират ранените в хода на боя. Тия места трябва да съвпадат с оста на движение на взвода. Санитарните инструктори в рогите трябва своевременно да бъдат инструктирани за оста на движение и за местата на сгрупуване на ранените. Същото се отнася и за санитарите-носачи.

Когато започне бойт, по спита на Съветската армия през Великата отечественна война основната задача на медико-санитарния взвод е непрекъснато да следва бойния ред на около 500—700 метра и да дава долекарска медицинска помощ. Тази помощ трябва да бъде насочена към това, че раненият боец да може да изпържи транспортирането до полковия медицински пункт.

* * *

Работата на медико-санитарния взвод на батальона е доста тежка и отговорна. Тежка е поради необходимостта да се работи под пушечно-картечния огън на противника, а отговорна, защото от работата на медико-санитарния взвод зависи по-нататъшната съдба на ранените — дали навреме ще пристигнат в следващия етап на медицинската евакуация.

Медицинският техник — командирът на взвода, има да изпълнява много трудни задачи поради това, че той е и организатор, и из-

пълнител. Той организира и отговаря за работата на ротните санинари, санитарите-носачи и за работата на медико-санитарния взвод. Разностранините задължения, които стоят пред медицинския техник, могат своевременно и правилно да се разрешат само при много добра предварителна подготовка и чрез правилно и навременно вземане на решение по медицинското осигуряване на стрелковия батальон.

Медико-санитарна рота — състав, стъкмяване и задачи

149

по медицинските — на дивизионния лекар. Негов пръв заместник е командирът на медико-санитарната рота на полка.

Медицинската служба има за задача:

1. Да организира оказването на първа медицинска помощ на ранените на бойното поле, тяхното изнасяне и извозване до полковия медицински пункт, оказването на първа лекарска помощ, подготовка на ранените за по-нататъшна евакуация. За да осъществи тая задача, медицинската служба на полка трябва да разгъне съответни пунктове и да изпрати към ротите санитари-носачи, а към батальонните медицински пунктове — санитарно-транспортни средства от медико-санитарната рота.

2. Организира провеждането на профилактични и противоепидемични мероприятия и медицинското разузнаване, за която цел един от лекарите на медико-санитарната рота (младши полкови лекар) изпълнява длъжността на нещатен епидемиолог на полка.

3. Организира лечението на ранените и болните, които не подлежат на евакуация из района на полка и които не се нуждаят от квалифицирана медицинска помощ.

4. Организира снабдяването на медицинските служби на батальоните с медико-санитарно имущество.

5. Организира помощта при поразяване от бойни отровни вещества и от атомното оръжие.

6. Организира санитарната просвета сред личния състав и подготовката на личния състав за оказване на самопомощ и взаимопомощ. Освен това организира квалификацията на личния състав на медицинската служба.

Медицинската служба на полка разполага с достатъчно сили и средства за осъществяването на тия задачи по медицинското осигуряване на бойните действия на стрелковия полк.

МЕДИКО-САНИТАРНА РОТА — СЪСТАВ, СТЪКМЯВАНЕ И ЗАДАЧИ

Медико-санитарната рота е щатно поделение на стрелковия полк. В нея състав са влизали: лекари, медицински техники, санитарни инструктори, санитари и санитари-носачи. Немедицински органи в нея са: писарите, каруцарите, готвачът и др. За да може да осъществява задачите, които стоят пред нея, тя е разполагала още със собствен санитарен транспорт, обикновен транспорт, палатки УСТ-411 и необходимото медико-санитарно имущество.

Към медико-санитарното имущество, което медико-санитарната рота използва, се отнасят главно превъзрачните материали, шините, медикаментите, средствата за даване на първа медицинска помощ при

¹ Установка санитарно-техническа — 1941 г. — палатка за 12 — 24 човека (б. ред.).

Глава XII

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВИЯ ПОЛК
ОРГАНИЗАЦИЯ, СЪСТАВ И ЗАДАЧИ НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА
В СТРЕЛКОВИЯ ПОЛК

Реорганизацията на въоръжените сили в полкове възниква през XIII — XIV в. в Русия, а в Западна Европа към края на XIV в. Такава организация на въоръжените сили е била въведена най-напред в пехотата. По-късно, когато се формирали другите родове войски се въвежда същата организация и за тях.

Стрелковият полк е войскова част, която има свое управление, самостоятелно домакинство и може да води самостоятелен живот. Той се състои от батальони, броят на които е различен за полковете на различните страни. Батальоните в другите родове войски носят съответните названия: за артилерийта — дивизион, конницата — ескадрон и т. н.

Численият състав на полковете е различен и зависи от рода на войска. Стрелковият полк може да решава редица тактически задачи самостоятелно.

Обикновено полковете са обединени в бригади или дивизии в зависимост от организацията на войските, но има и самостоятелни полкове, влизации в състава на оперативните обединения.

Следващи развитието и оформянето на въоръжените сили в полкове, в тях се оформява и развива и медицинската служба. В Русия през XVII — XVIII в. се въвеждат лекари и транспорт в полка (1731 г.). В началото медицинската служба не е имала разгънат вид, като освен това не била напълно комплектувана поради липса на кадри.

* * *

Медицинската служба на стрелковия полк се състои от медицинските служби на подразделенията на полка (стрелковите батальони) и медико-санитарната рота на същия. Началник на медицинската служба е старшият полков лекар, който отговаря за цялостната работа на медицинската служба. Старшият полков лекар е подчинен по всички въпроси на командира на полка, а

поразяване от бойни отровни вещества и от атомно оръжие и санитарно-домакинското имущество.

Имуществото се получава във вид на комплекти, като тук освен комплектиите Б1 и Б2 имаме комплект ВБ1 – „малка превързочна“, предназначена за превързочната на полковия медицински пункт. Този комплект съдържа: разходни медикаменти, бързочко медицинско и домакинско имущество, превързочни и лечебни средства, хирургични инструменти, а освен това и малък превързочен набор и примус. Друг комплект, който се използува в медико-санитарната рота, е и комплектът ВБ2 – „войскова аптека“, която осигурява аптецата на полковия медицински пункт. Тя съдържа: разходни медикаменти, серуми, аптечни и лекарски средства, а така също бързочко аптечно и лекарско имущество. Така че медико-санитарната рота разполага с достатъчно сили и средства за разгърщането на полкови медицински пункти, изнасяните и извозените на ранените от ротните райони, оказането на първа лекарска помощ, за провеждането на медицинско разузнаване, за провеждането на санитарно-профилактични и противополицейски мероприятия и да снабдява с медико-санитарно имущество подразделенията на полка.

През време на бойни действия медико-санитарната рота разкрива полкови медицински пункт (ПМП) със собствени сили и средства.

ПОЛКОВИ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ (ПМП)

Полковият медицински пункт е стан на медицинската евакуация, разкрит в района на полка, където се оказва първата лекарска помощ. В него работят лекари, медицински техники, санитарни инструктори, санитари и санитар-носачи. По опита на Великата отечественна война ПМП се разтърща средно на 2 до 5 км от фронтовата линия при отчитане на конкретната бойна обстановка и релефа на местността. Това разстояние се колебае, но средните разчети, които се правят, са ранените да пристигнат в полковия медицински пункт най-късно до третия час след нараняването.

Пред полковия медицински пункт стоят следните задачи:

1. Да евакуира ранените и болните от батальоните, като за целта изпрати собствен санитарен транспорт към батальонните медицински пунктове.

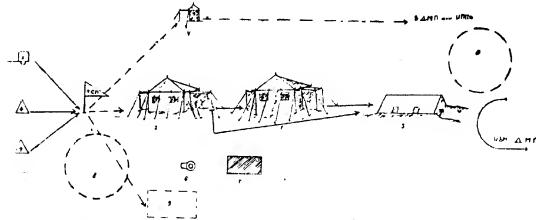
2. Да окаже първа лекарска помощ и подгответи ранените за по-нататъшна евакуация и да лекува ранените и болните, оставени на лечение в него, до пълното възстановяване на здравето им.

3. Да изолира заразно болните и съмнителните за заразни болести и да проведе необходимите санитарно-профилактични и противоепидемични мероприятия.

4. Да снабдява с медико-санитарно имущество медико-санитарните възводове на батальоните.

5. Да провежда контрол за работата на батальонните медицински пунктове.

За да може да изпълни тези задачи, полковият медицински пункт трябва да бъде разгънат на такова място, което да осигуриява добри



Фиг. 22. Схема за разкриване на полковия медицински пункт, СП1—сортвиращ пост
1 — приемно-сортвиращ (в палатка ЧСТ-4); 2 — превързочно (в палатка ЧСТ-4); 3 — евакуационно (в землиника); 4 — изолатор (в палатка на сан. офицерска); 5 — обикновено-дезаразиционно отделение; 6 — кухни — погреба подземна; 7 — жилищни помещения за личния състав; 8 — място за престояване на транспорта, извад откъм фронта; 9 — място за престояване на транспорта, извад откъм ДМП

условия за работа. При избор на мястото трябва да се обръща сериозно внимание то да създаде благоприятни условия за организирането на отбраната на пункта. В съвременния бой мястото, на което се разгъва полковият медицински пункт, освен общите изисквания за маскировка, защитеност от огъня на противника и други трябва да създава условия и за защита от атомното и бактериологичното оръжие. В полеви условия полковият медицински пункт се разкрива в собствени палатки, землиники, блиндажи и др. Ако наблизо има населен пункт, може да се използват и отделни жилищни помещения. Принципно полковият медицински пункт не трябва да се разкрива в малки населени пунктове, тъй като населените пунктове са обект на противникови настъпи, а освен това в тях се струпват обикновено голем брой тилови учреждения, които биха затруднили дейността на полковия пункт.

Полковият медицински пункт не винаги се разкрива напълно. Когато полкът е извън бойни действия, то пункт не се разкрива, а медико-санитарната рота оказва помощ амбулаторно.

Във време на бойни действия обикновено полковият медицински пункт се разкрива напълно и има следните функционални поделения:

приемно-сортиторъчното отделение се разкрива в една от палатките (УСТ-41). В него работи началникът на полковия медицински пункт, медицински техник, санитарни инструктори и санитари. Пристигналите в пункта ранени се разпределят от санитарния инструктор на разпределителния пост и пренасят до приемно-сортиторъчното от санитари-носачи. В приемно-сортиторъчното всички ранени и болни се регистрират и им се попълва медицинска картичка на предния район. Регистрацията се извршва от писар. Попълването на медицинската картичка на предния район също става от него под диктата на лекара. На тия ранени, които отиват в евакуационното отделение, медицинската картичка на предния район се попълва изцяло, а на тия, които отиват в превързочното, се попълва само паспортната част, като останалата част се попълва от лекара, който оказва непосредствено медицинската помощ. След регистрацията и попълването на документите ранените се сортират, като най-напред се отделят тежко ранените, на които е необходимо да се окаже неотложна лекарска помощ. Тая група ранени се изпраща в превързочното. Друга група от ранени са тия, които не се нуждаят от неотложна лекарска помощ, но от квалифицирана такава. Тези ранени се изпращат във веднага към евакуационното за по-нататъшна евакуация. Трета група ранени са тия, които биха могли да останат на лечение за 2–3 дни в полковия медицински пункт.

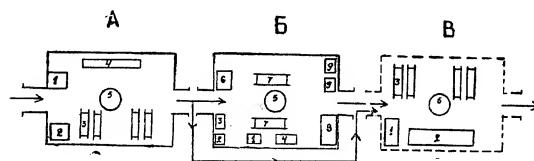
Към приемно-сортиторъчното отделение трябва да има достатъчен брой носилки, които служат като обменен фонд, тъй като не се разрешава свалянето на ранените от носилките до оказването им на квалифицирана медицинска помощ.

В приемно-сортиторъчното отделение на всеки ранен се поставя противостетичен серум, а при необходимост и противогангренозен. Така работата се извршва от санитарен инструктор, който се грижи също така да се отнеме сложният серум в медицинската картичка на предния район.

Отделението постъпват едновременно немалък брой ранени и болни в различно състояние, необходимо е те да се посрещнат и обслужат внимателно, като се поставят в спокойна обстановка. На всички постъпили в полковия медицински пункт, в приемно-сортиторъчното се дава чай, а при необходимост и храна.

Лекарят, работещ в ПМП, трябва така да си организира работата, че най-напред да обслужи тежко ранените в шоково състояние. Масовото постъпване на ранени в полковия медицински пункт започва обикновено втория час след започването на боя. Първи в него при-

стигат тия ранени, които могат самостоятелно да се придвижат. И пристигали на пункта, поради факта, че са със запазени сили, обикновено видят много шум и предявяват искания величата да им се даде помощ. Лекарят не бива да се подвежда и да започне даването на медицинска помощ на тях, тъй като тежко ранените и тия, които са в шоково състояние, не могат да чакат. Лекарят трябва да се заеме с тежко ранените и тези в шоково състояние, а по-леко ранените могат да бъдат предадени на медицинския техник.



Фиг. 23. Схема на полковия медицински пункт

A — приемно-сортиторъчно
1 — регистратор; 2 — комплект „амбулатории“; 3 — училищни;
Б — евакуационно
4 — санитарни;
5 — място за седене на ранени; 6 — печка;
7 — комплект Б₂ (иници); 8 — стерилизатор; 9 — училищник; 10 — комплект Б₂ (превързочни материди); 11 — носилки; 12 — маса за инструментариума; 13 — носилки; 14 — място за седене на ранени;
— подкрепителни средства (чай и др.)

Б — евакуационно
1 — подкрепителни средства (чай и др.); 2 — място за седене и ходене на ранени; 3 — почилики; 4 — печка

Когато личният състав на приемно-сортиторъчното не е достатъчен за обслужването на ранените и болните, той може да бъде подкрепен, като се привлечат още санитари от останалите поделения на пункта и се използват и леко ранените.

Работата в приемно-сортиторъчното отделение е най-отговорна и най-тежка. Затова в него работи командирът на медико-санитарната рота, който става началник на пункта. Той е профилиран като хирург и е най-добре подготовлен лекар-лечител в ПМП. В приемно-сортиторъчното отделение той може най-добре да следи за хода на работата в батальонните медицински пунктове и в ротните райони. За това, как е организирана работата в тия звена, той узнаява пред времето, когато пристигат ранените в полковия медицински пункт, освен това вижда начин на тяхното пристигане, в какво състояние са превързаните им, имат ли въобще превързки и пр. При открито неблагополучие той веднага може да реагира съответно.

П р е вързочн о отделение (вж. фиг. 23). В него се извршва основната работа по оказването на първата лекарска помощ на ранените и болните, пристигнали в полковия медицински пункт.

То се разгръща обикновено в палатката УС1-41 (вжг фиг. 24). През време на бой в него работи младши полкови лекар, който всъщност съществува лекарската помощ, подпомаган от медицински техник, санитарни инструктори и санитари. В превързочното отделение трябва да има необходимото имущество за даване на лекарската помощ, пре-



Фиг. 24. Палатка УС1-41

вързочна маса, която се изпреварива от носилка, място за седене на ранените, чакаци превръзка, и пр.

Евакуационно отделение. В него ранените и болните очакват по-нататъшна евакуация. То обикновено не разполага с палатка, но се разкрива в землянка, местни постройки, блиндажи и др. Ако условията позволяват, може да бъде и на открито. В евакуационното отделение ранените и болните се подготвят за по-нататъшната евакуация, като понякога в него се поправят превръзките или измобилизираните, слагат се сърдечни средства, за да могат ранените да изъркат транспортировката, и пр.

Изолатор за инфекциозно болни или съмнителни за инфекциозни болести се разтърща в палатка тип „офицерска“ или в землянка с две легла. В него инфекциозно болните или съмнителните не се задържат повече от един-два дни, като се вземат всички мерки за предпазване от разпространяването на инфекцията.

Аптека. Тя се разполага близо до приемно-сортиранчното отделение с оглед пристигащият транспорт от батальонните медицински пунктове лесно да взема необходимото имущество.

Отделение за дегазационна обработка (ОДО). Площадка за санитарно-дегазационна обработка (ПСДП). Освен тип функционални поделения, които се разтършат в полковия медицински пункт, предвиждат се и площащи за настаниването на личния състав на пункта, кухнята и домакинския обоз.

Откъм фронта и тила на площадката се предвиждат места за престояване на полковия и дивизионния санитарен транспорт. Задържането на дивизионните санитарно-транспортни средства трябва да се избяга поради опасността да бъдат поразени от огъни на противника.

ОБЕМ НА РАБОТА И ОБЕМ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ НА ПОЛКОВИЯ МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ

Полковият медицински пункт е важен стан на медицинската санкуация във войсковия район. В него се събират всички ранени от посещенията на полка. Понякога за един ден в полковия медицински пункт могат да се съберат повече от 200 души ранени и болни, което налага особено напрежение на силите на целия личен състав, за да може да се справи в такива случаи с работата.

На всички ранени и болни, постъпили в пункта, се попълва задължително медицинска картичка на предния район. Ранените и болните се преглеждат и при необходимост им се оказва първа лекарска помощ. През време на престоя на ранените и болните се раздава топла храна и чай и се подготвят за по-нататъшната им евакуация.

В полковия медицински пункт се оказва първа лекарска помощ на ранените и болните. Опитът от Великата отечественна война на СССР показва, че в обема на медицинската помощ, оказвана в полковия пункт, могат да бъдат включени следните мероприятия:

1. Контрол на всички превръзки и правене на нови такива при необходимост, като се създават всички правила на асептиката.

2. Презеждане на мероприятия по предпазването от травматичния шок или борбата с него, като преливане на кръв от нулевата група или на кръвозаместващи техности, правене на новокапанови блокади по Вишневски, даване на сърдечни средства, затопление и др.

3. Проверка на направените имобилизации и при необходимост налагане стандартни шини и шини от типа на Томас, Дитерикс и др.

4. Правене на всички визове инжекции.
5. Правене на профилактични серуми.

6. Оказване помош на поразените от бойни отровни вещества или атомна енергия.

7. Изолация на инфекциозно болните или съмнителните за инфекциозни болести.

8. Правене на трахеотомия при необходимост и зашиване и фиксация на езика.

9. Правене на катетеризация или пункция при задръжка на урина.

10. Правене на массивна превръзка за затваряне на външната рана при отворен пневмоторакс.

11. Пръвка на кръвоизтичащите превръзки и тяхното сваляне. Ако кръвоносният съд, който кърви, е удобен, може да се зашиле с кръвостопящ инструмент и така раненият да се евакуира по първа помощ до дивизионния медицински пункт.

Този обем на медицинската помощ в полковия медицински пункт може да се изменя, като се разшири или намали в зависимост от конкретната бойна и медицинска обстановка.

Обемът на медицинската помощ зависи от характера и вида на боя, количеството на загубите, числеността и бойния опит на личния състав на пункта и времето на престой на едно място. Така например когато броят на загубите е значителен, а освен това се налага полковият медицински пункт по-често да се премества, то обемът на медицинската помощ се съкращава, като се прави най-необходимото, за да могат ранените да изтрягат до дивизионния медицински пункт. Обратно, когато загубите са по-малко и медицинският пункт се задържа по-продължително време, то се осъществява пълен обем на медицинската помощ, като могат да се задържат по-голям брой ранени за амбулаторно лечение.

Когато полковият медицински пункт не може да осъществи по-нататшна евакуация на ранените и болните поради прекъсването на евакуационните пътища или поради обкръжение, то той провежда разширен обем на медицинската помощ.

Полковият медицински пункт средно дневно се премества в хода на настъпвателните боеве до 2 – 3 пъти. Не бива повече пъти да се мести поради опасността да не може да осъществи медицинското осигуряване на полка. Ако се премества по-малко пъти, има опасност да се откаже от бойния ред.

Преместването на полковия медицински пункт се извършва в няколко случая – когато се отдалечи повече от 5–8 км от бойния ред, когато много се доближи до бойния ред поради преместването на войските и когато поради разместяването на батальонните медицински пунктове не може да се осъществи правилна евакуация.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕВАКУАЦИЯТА НА РАНЕНИТЕ И БОЛНИТЕ В СРЕЛЕКОВИЯ ПОЛК

Евакуациите на ранените и болните от батальонните и ротните райони се извършва, като медицинската служба на полка усилва медицинските служби на батальоните с необходимото количество саниери-носачи и при необходимост със санитарно-транспортни средства.

През време на бой за евакуациите на батальонните медицински пунктове предварително се изпращат санитарно-транспортни средства от полковия медицински пункт. Когато има възможност, ранените и болните от батальонните медицински пунктове не бива да се евакуират

като пеш, а със санитарно-транспортни средства или с обратно връщащия се от фронта пазен транспорт. Ако не може да им се осигури транспорт, то тия ранени, които могат да върят пеш, се организират под командването на старши и се изпращат на групи.

Организацията на евакуациите на ранените и болните от полка трябва да осигури пристигането им в полковия медицински пункт не по-късно от три часа след нараняването им. Опитът показва, че ранените започват да пристигат първия час след започването на бой и достигат най-голям брой около втория час.

По данни от Великата отечествена война почти през цялата война в течение на първите два часа на полковия медицински пункт са пристигнали до 50 % от всички ранени. След 4-ия час на ПМП са пристигали до 85 %. Разбира се, тези цифри не могат да отразят напълно качеството на организацията на работата на медицинската служба, поради това че значителна част от ранените са пристигали с по-пътен транспорт или пеш. Най-добра характеристика за работата на медицинската служба за евакуацията на ранените и болните към ПМП дават данните за срока на пристигането на тежко ранените и на тия, които не могат самостоятелно да се придвижват. Тази например срочките за пристигане на ранените в ПМП в различните операции дават следната таблица:

Таблица 4
За постъпването на ранените в ПМП в различни бойни операции

Срок за доставянето на ранени в ПМП след нараняването	Орловско-Курска операція	Белоруска операція	Операция Нисла-Одер	Берлинска операція
процент на ранените				
До 4 часа	42,6	28,5	66,4	64,8
4–8 часа	41,8	55,6	25	26,3
8–24 часа	15,6	15,9	8,6	8,9

(По данни на Л. Л. Либов)

Евакуациите от полковия медицински пункт се извършва така, че преди всичко най-напред се евакуират нуждаещите се от нестложна квалифицирана хирургическа медицинска помощ. Тази група ранени и болни се евакуира към дивизионния медицински пункт или към хирургичните полеви подвижни болници от първа линия най-напред, на второ място се изпращат тежко ранените и болните, които не се нуждаят от нестложна квалифицирана лекарска помощ. Евакуациите на ранените и болните от полковия пункт към дивизионния медицински пункт става само с транспорт.

Известна част от ранените и болните, които могат да останат на амбулаторно лечение, се оставят в полковия медицински пункт. Броят на тия ранени и болни трябва да бъде ограничен поради опасността от вторично поражение, ограничаване движността на пункта, трудности при тяхното гладене и пр.

За цялостната работа на медицинската служба на полка стоят старшият полков лекар. Той се подпомага от командира на медико-санитарната рота, който е негов пръв заместник, и от младшия полков лекар — нещатния епидемиолог.

За правилното организиране на медицинското осигуряване на полка старшият полков лекар трябва своевременно да вземе решение. За да вземе решение, той трябва добре да е запознат с бойната задача на полка, с решението на командира на полка, устройството на тила, санитарно-епидемичното състояние на войските, с указанията на дивизионния лекар и силите и средствата, с които разполага той.

При вземането на решение старшият полков лекар най-напред уяснява задачата, която стои пред медицинската служба, след това разпределя времето, с което разполага, и прави оценка на обстановката. Оценката на обстановката има съществено значение за правилното решение на старшия полков лекар и затова тя трябва да се прави достатъчно задълбочено и подробно. След оценката на обстановката той взема предварително решение по карта и провежда медицинско разузнаване. Медицинското разузнаване отнема най-много време и служи за уточняване на взетото предварително решение. След медицинското разузнаване той взема окончателно решение, което оформя във вид на схема-план и я докладва за одобряване от командира на полка.

От правилността и своевременността на взетото решение зависи медицинското осигуряване на полка. От добрата подготовка, от организационните способности на старшия полков лекар зависи правилността на решението. Старшият полков лекар трябва да е всестранно подгответен както по лечебните въпроси, така и по организационните въпроси на военната медицина. Само така той ще може да се справи с многообразните отговорни организационни и лечебни задачи, които стоят пред него и пред медицинската служба на полка.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СРЕДЕЛКОВИЯ ПОЛК В ОТБРАНителНИЯ БОЙ

За отбрана стрелковият полк взема значително по-широк участие от фронта, отколкото при настъпление. След получаване на заповедта за заемане на отбрана старшият лекар на полка организира медицинското осигуряване, за които цел той взема решение.

Изучавайки и оценявайки обстановката, старшият лекар на полка определя рубежа за разгръщане на баталлонните медицински пунктове и мястото на полковия медицински пункт. Тъй като при отбранителния бой има вероятност медицинските пунктове да останат на един място по-дълго време, голима е необходимостта да се оборудват включително и в инженерно отношение. При необходимост за оборудването на ПМП може да се изиска съдействие и на инженерната служба. Освен определянето на мястото за ПМП определя се и запасна площадка за преместване на ПМП, ако това се наложи през време на боя. Набелязват се пътищата за евакуация от баталлоните. При определянето на пътищата за евакуация трябва да се осигуряват отделни самостоятелни пътища за евакуация от тези за подвъз и по възможност пътища само за медицинска евакуация. Това осигурява правилното движение на санитарно-транспортните средства и изключва вероятността за създаването на „запушалка“.

Медицинските пунктове (ПМП, БМП) се разгръщат на максимално отдалечени разстояния от бойния ред в зависимост от условията на местността и бойната обстановка. Това затруднява евакуацията на ранените от районите на баталлоните и увеличава времето за пристигането на ранените в првите часове след нараняването. Затова необходимо е да се използват достатъчно пътища за евакуация и необходимото количество санитарно-транспортни средства.

Активната огнева лейност на противника в отбранителния бой налага медицинските пунктове на стрелковия полк да се разгръщат най-често в землини или блиндаzioni, а при опасност от употреба на оръжие за масово унищожение трябва да се правят специални укрития за медицинските пунктове.

Полковия медицински пункт в отбрана трябва да се създават условия за оказване в пълен обем на медицинска помощ на ранените, като разбира се, винаги се изхожда от конкретната бойна обстановка.

Преди заемането за отбрана старшият лекар на полка разпределя част от силите и средствата на медицинската служба на баталлоните, изхождайки от задачите, които стоят пред баталлоните. Разпределението на силите и средствата трябва да бъде такова, че повечето сили и средства да се съсредоточат там, където са основните усилия на полка. Във всички случаи за отбрана старшият лекар на полка трябва да оставя част от силите и средствата в свои ръце като резерв, за да може да реагира на изменението на обстановката през време на боя.

В отбранителния район на полка се създават условия за бързо то му замърсяване от продължителното стоеене в него. Водоизточниците също могат да бъдат замърсени или при използването им, или пък да бъдат замърсени умышлено. Затова старшият лекар на полка е длъжен да организира необходимите профилактични и противоепиде-

мични мероприятия за спазването на личната и колективната хигиена и охрана на водолизточниците. Още със заемането на участъка за отбрана се определят отходните места и местата за хвърляне на отпадъците и провеждането на непрекъснат санитарен надзор на района. За да може правилно да организира медицинското осигуряване на полка, старшият лекар провежда щатечно медицинско разузнаване, при което определя мястото за медицинските пунктове, пътищата за евакуация и необходимите мероприятия, които трябва да се извършат до започването на бой. При провеждането на медицинското разузнаване се обръща особено внимание на предния район, където ще се извършива извличането и изнасянето на ранените, и условията за противохимична и противоатомна защита.

Освен това старшият лекар на полка организира снабдяването на медико-санитарната рота и медико-санитарните взводове с медико-санитарно и друго имущество и прави заявка за необходимите му сили и средства до дивизионния лекар или до своя командир, изхождайки от количеството на вероятните загуби в предстоящия бой. Той определя реда за евакуация на ранените и болните и необходимите досечения, които трябва да се правят през време на бой.

Медицинското осигуряване на стрелковия полк в отбранителния бой не трябва да се организира шаблонно, а винаги трябва да се изхожда от конкретната бойна и медицинска обстановка. Мероприятията, които е необходимо да се организират по медицинското осигуряване на полка в отбрана, не са определени предварително, те произват от условията на бойната обстановка. Затова при вски конкретен отбранителен бой на стрелковия полк тези мероприятия ще бъдат различни, но във всички случаи те ще се характеризират с особеностите на отбраната.

При организациите на медицинско осигуряване на стрелковия полк в отбранителния бой трябва да се отдели специално внимание на медицинското осигуряване на бойното охранение, като за тази цел се отделя част от силите и средствата, на медико-санитарната рота.

След решението за медицинското осигуряване старшият лекар на полка е длъжен да запознае подчинените с него или писмено, или като проведе служебно съвещание с тях. Най-подходящият метод за съобщаване на решението е служебното съвещание, където при неясност на някои положения командирите на медико-санитарните взводове и командири на медико-санитарната рота могат да поискат разяснения. Старшият лекар на полка е длъжен да доведе до знание свое то решение и на дивизионния лекар с оглед правилната организация на медицинското осигуряване не само на полка, но и на другите полкове.

Останалото време до започване на боя старшият лекар използва за контрол на изпълнението на неговите разпореждания, а меди-

цинските звена използват това време за разкриване на медицински пунктове и тяхното оборудване.

През време на боя старшият лекар на полка се намира там, откъдето може най-добре да ръководи медицинската служба. При значителни загуби и когато бойната обстановка позволява, старшият лекар на полка може да работи в полковия медицински пункт или да оказва непосредствена помощ в БМП. Отбранителният бой най-често създава такива условия, при които старшият лекар на полка може да се отдели от командно-наблюдателния пункт и да окаже помощ на място.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СРЕЛКОВИЯ ПОЛК ПРИ НАСТЪПЛЕНИЕ

Медицинската служба на стрелковия полк осъществява своите задачи в настъплението бой, като непрекъснато следва полка. Това движение на медицинската служба се отразява значително върху обема на медицинската помощ, която най-често е скратена. При настъплението бой стрелковият полк взема много по-тесен участък от фронта, отколкото при отбрана. В периода на подготовката на полка за настъпление старшият лекар на полка организира медицинското осигуряване, като определя рубежа на медико-санитарните взводове (БМП), оста на движение дълбоначната на противниковата отбрана и мястото на ПМП. В изходно положение за настъпление ПМП се разгръща, без да се оборудва значително. Понякога в изходно положение ПМП може да се разгъне частично или въобще да не се разгръща в зависимост от обстановката. Освен това старшият лекар на полка набелязва мястото за бъдещото преместване на ПМП. Той на белязва и пътищата за евакуация.

Обикновено времето за организиране на медицинското осигуряване на стрелковия полк при настъпление е много кратко, което налага напрежната работа от страна на старшия лекар на полка.

При настъплението медицинското разузнаване се извършива до известна степен ограничено, и то само до предния край на противниковата отбрана, ако има такава възможност. Понякога при активни действия на отбранявация се противник разузнаването е съсъс ограничено и почти е невъзможно да се разузнае предния край. Въпреки това старшият лекар на полка трябва да се стреми на всяка цена да събере данни за санитарно-епидемичното състояние на противника и за територията, заемана от него. При медицинското разузнаване се уточняват пътищата за евакуация, рубежът за медико-санитарните взводове (БМП) и мястото на полковия медицински пункт.

След оценката на обстановката и определянето на вероятните загуби старшият лекар на полка разпределя силите и средствата, ка-

то съсредоточава повече сили към батальоните, които действуват в главното направление. При настъпление е необходимо да се остави по-голям резерв от сили и средства, тъй като обстановката често се мени и само когато старшият лекар на полка разполага с достатъчно резерв, може да се справи с изненадите нуки през време на боя.

Тъй като при настъпателния бой полкът действува на територия, заемана от противника, необходимо е да се проведат редица профилактични и противоепидемични мероприятия. Бойците се снабдяват с вода и на всеки от тях се раздават дезинфекционни средства за лично обеззаразяване на воалата. Забранява се контакти с местно население и с пленници и използването на каквито и да било предмети, хранителни и питейни продукти. Освен това през време на настъплението отделните звена на медицинската служба на полка водят не прекъснато разузнаване на територията на противника и за най-малките съмнения за заразни болести донасят на старшия лекар на полка. Бойците се снабдяват също така с лични превързочни пакети и противокиселинни пакети.

Непрекъснатото движение на бойния ред и на звената на медицинската служба при настъпателния бой налага свръзките да бъдат организирани много добре. Без здрава организация на свръзките старшият лекар на полк не може да ръководи медицинската служба през време на боя. Свръзките могат да се поддържат чрез леко ранените, водачите на санитарния транспорт и специални куриери, но най-важното в съвременния бой остава поддържането на връзка, като се използват общовойсковите съвръзочни средства (радио, телефон).

През време на боя старшият лекар на полка се намира на командния пункт, откъдето може да следи развитието на боя и правилно да организира ръководството на медицинската служба.

Глава XIII

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА СРЕЛЕКОВАТА ДИВИЗИЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, СЪСТАВ И ЗАДАЧИ НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА В СРЕЛЕКОВАТА ДИВИЗИЯ

Дивизията е съединение от няколко части от един или различни родове войски. Стрелковата дивизия в миналите войни се е състояла от няколко стрелкови полка, артилерийски полк, сапьорен и медико-санитарен батальон, разузнавателна и автотранспортна рота и други поделения. Стрелковата дивизия е показвала способност за самостоителна лайност и за решаване сложни тактически задачи със собствени средства. Още след Първата световна война основна тенденция в развитието на дивизията е било насещането с автоматично оръжие и нейната моторизация. Това е увеличавало силата на пехотния огън и маневреността на дивизията, така необходими в съвременната война.

Началник на медицинската служба в дивизията е дивизионният лекар. Той е подчинен на началник-тъла на дивизията. По основния въпроси на медицинското осигуряване често се налага дивизионният лекар лично да докладва пред командира на дивизията, когото да ориентира компетентно по разглеждания въпрос и за уточняване мероприятията, които изискват заповед по дивизията. В този смисъл дивизионният лекар по същество е помощник на командира на дивизията. По специалност дивизионният лекар се ръководи от корпусни (респ. армейски) лекар, от когото получава указания по специалните въпроси на медицинската служба и допълнителни сили и средства за работата на медицинската служба в дивизията.

По принципната организационна структура на медицинската служба всички сили и средства на медицинската служба са обединени в медико-санитарен батальон (МСБ). Командирът на МСБ е подчинен във всяко отношение на дивизионния лекар. Той му е пръв заместник и на него е подчинен целият личен състав на МСБ. Освен това дивизионният лекар ръководи по специалност старшите полкови лекари и лекарите на другите отделни части на дивизията.

Дивизионният лекар е ръководна фигура във войсковата медицинска служба. Той ръководи работата на медицинската служба във всички части и учреждения на дивизията и организира лечебно-евакуационното и противоепидемичното осигуряване. Дивизионният лекар

в своята дейност обръща достатъчно внимание на организацията на СХЗ и ПАЗ, подготовката на личния състав и своевременното снабдяване на частите и учрежденията на дивизията с медико-санитарно имущество.

През Великата отечественна война на съветските народи дивизията имал лекар е играл голяма роля за осъществяване на системата „стапло лечение с евакуация по назначение“, тъй като в основата на тази система лежи своевременното оказване на квалифицирана и специализирана медицинска помощ, за която цел се извършва и евакуация по назначение, начинат от дивизионното звено на медицинската служба (респ. ДМП и ХППБ – ст I линия). Ето защо до подготовката на дивизионните лекари се е обръщало голямо внимание, за която цел са организирани специални курсове и създален команден факултет във Военномедицинската академия.

Пред медицинската служба на дивизията стоят следните основни задачи:

1. Организация на оказването на медицинската помощ във войсковите части и изнасянето на ранените, като се усилва медицинската служба на частите със санитарен транспорт, личен състав и медицински средства.

2. Евакуация на ранените и болните от войсковите части на дивизията (ПМП, БМП на самостоятелните батальони) до ДМП.

3. Оказване на квалифицирана медицинска помощ на ранените и болните и осигуряване евакуацията им по назначение, а на подлежащите на евакуация – госпитализация и лечение в ДМП.

4. Организация на санитарно-епидемично разузнаване и противовирусни мероприятия за нуждите на дивизията.

5. Снабдяване на частите на дивизията с медико-санитарно имущество.

6. Събиране и обработване на медико-статистичен материал за дивизията.

7. Изучаване на бойния опит и провеждане специална подготовка на личния състав на медицинската служба на дивизията.

За изпълнението на тези задачи медицинската служба на дивизията разполага с щатни сили и средства, които са обединени в МСБ. Освен МСБ в състава на медицинската служба на дивизията влизат и силите, и средствата на медицинската служба в частите и техните подразделения.

В състава на МСБ влизат лекари (предимно хирурги), фармацевти, възболекари, медицински техники (фелдшери), медицински сестри и санитарни инструктори. МСБ притежава санитарен транспорт и медико-санитарно и домакинско имущество. С основната част от разполагаемите сили и средства МСБ разкрива в боя дивизионния медицински пункт (ДМП) и осигурява оказването на квалифицирана

медицинска помощ и кратковременна госпитализация за тежко ранените, на които временно състоянието на здравето им не допуска транспортировка и за тези от леко ранените, които не подлежат на по-нататъшна евакуация.

Със санитарно-транспортните средства на МСБ се усилва медицинската служба на полковете и се извършва евакуацията на ранените и болните от ПМП. При недостиг на санитарен транспорт дивизионният лекар използва гравозоръжията се коли на транспорта на подвоза за евакуация предимно на леко ранени. Дивизионният лекар може да използва по необходимост и транспорта на местното население.

Санитарният взвод на МСБ, чийто началник е епидемиолог и изпълнява функциите на дивизионен епидемиолог, осигурява провеждането на най-прости лабораторни изследвания и играе голяма роля по организирането и провеждането на санитарното разузнаване и пропълждането на санитарно-профилактичните и противоепидемичните мероприятия във войсковия тил и такива по СХЗ. Лабораторните изследвания включват: изследванията на водата, хляба, витаминното съдържание на плодовете и готовата храна, контрол на походните кухни, клинични изследвания и пр. Противоепидемичните мероприятия освен санитарно-епидемично разузнаване включват своевременно откриване, изолиране и евакуиране на инфекционно болните, ръководене на мероприятията по ликвидиране на епидемичните очнища във войските и пр.

Фармацевтът на МСБ е орган на медико-санитарното снабдяване в дивизията, а аптеката на същия е база за снабдяване на както на поделенията на МСБ, така и на медицинските служби на войсковите части на дивизията.

В състава на МСБ влизат и обслужващи поделения, необходими за работата на ДМП.

Както се вижда, МСБ включва сили и средства за разкриване на ДМП, евакуация на ранените от ПМП, провеждане на противоепидемични мероприятия, усилване на медицинските служби на войсковите части с личен състав и санитарен транспорт и снабдяване на същите с медико-санитарно имущество.

С разполагаемите щатни сили и средства медицинската служба на дивизията може да се справи при средно напрегнат бой. В случаите, когато дивизията е поставена да води бойни действия с по-голямо напрежение и особено при употреба на оръжия за масово унищожение, медицинската служба на дивизията ще има нужда от снабдяване с медицински състав, санитарен транспорт и медико-санитарно имущество от корпусния (армейски) лекар и от обикновен войсков транспорт и бойци за спомагателни санитари и санитарно-носачи. Освен това за своевременно оказване на медицинска помощ и

евакуация на ранените и болните от много голямо значение е взаимодействието и помощта, която ще окаже дивизионният лекар на медицинската служба на частите и ще получи от армейската медицинска служба.

ДИВИЗИОНЕН МЕДИЦИНСКИ ПУНКТ (ДМП)

Дивизионният медицински пункт е етап на медицинската евакуация, предназначен за оказване на масова квалифицирана хирургична помощ, поради която е бил определен като център на тази помощ в дивизията, като операционна на бойното поле и пр. Същевременно ДМП е етап, откъдето започва евакуацията по назначение, т. е. от него ранените и болните се отправят в лечебните учреждения в зависимост от медицинските изисквания.

ДМП не бива да се отъждествява с МСБ. Наистина в боя ДМП се разкрива от силите и средствата на МСБ, но основният МСБ обезврежда и други средства и неговите задачи са по-широки от тези на ДМП.

Началник на ДМП е командирът на МСБ. ДМП се разкрива по разпореждане на дивизионния лекар. Разстоянието от бойната линия, на което се разкрива ДМП, зависи от условията на конкретната обстановка. Средно разстоянието за разкриване на ДМП в Съветската армия през Втората световна война е било 5–10 км с отчитане възможността транспортирането на ранените и болните от ПМП да не бъде по-продължителна от 30–40 минути със санитарен автомобил, нормално движение и хирургична помощ да не се оказва по-късно от 6–12 часа след нараняването на боеца. Площадката за разкриване на ДМП е имала размери 200–300 на 200–300 м. ДМП може да се разкрие в палатки, в сгради и др.

ДМП е предназначен за изпълнение на следните задачи, които и определят обема на работата на този етап на медицинската евакуация:

1. Оказване на квалифицирана медицинска помощ на ранените и болните.

2. Сортировка на ранените и болните по характера и срочността на необходимата им медицинска помощ, по мястото, къде да бъде евакуиран раненият и болният, и начините на транспортирането им.

3. Осигуряване за евакуирани почивка и храна, а също подготовката им за по-нататъшна евакуация.

4. Временна госпитализация и лечение на тежко ранените и болните, които не могат по състояние на здравето си да изнесат по-нататъшната евакуация.

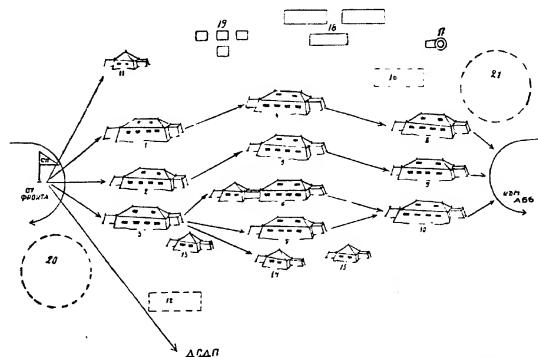
5. Лечение на леко ранените и болните, които могат да бъдат върнати в строй до 10–12 денонощия.

6. Временна изолация на заразно болните до евакуацията им в ИППБ.

7. Осъществяване на контрол за качеството на даваната медицинска помощ в ПМП и подпомагането им за отстраняване на откритите дефекти.

ДМП обикновено включва следните отделения: приемно сортировично, операционно-превъзочно, евакуационно, болнично, зъболекарски кабинет и аптека, които се разкриват от подразделенията на МСБ. Освен това на площадката на ДМП се определят места за стоечие на санитарни и ломакински транспорт на МСБ и армейски санитарен транспорт. Обзавеждат се помещения или места за команда на оздравлящите (КО), за хранителен блок, склад за ГСМ, полеви очици, понякога санитарен пропускник, за личния състав (желателно е отделно, малко встрии от ДМП).

През време на Великата отечественна война на съветските народи работата на ДМП е била организирана по двупоточна, а някъде по трипоточна система (гл. схема на фиг. 25).

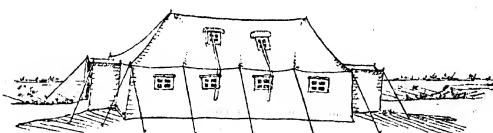


Фиг. 25. Принципна схема на разгъване на дивизионния медицински пункт
1—приемно-сортировочно за тежко ранени; 2 — приемно-сортировочно за леко ранени; 3 — приемно-сортировочно за болни; 4 — болнично отделение; 5 — превъзочно отделение; 6 — операционно отделение; 7 — операционно-сепултурно за сепултурни болни; 8 — евакуационно за леко ранени; 9 — евакуационно за тежко ранени; 10 — изолатор; 11 — изолатор; 12 — обикновено изолатор; 13 — приемно-сортировочно за леко ранени; 14 — противогазантгренкова палатка; 15 — противогазантгренкова палатка; 16 — кухня; 17 — жилищни помещения за личния състав; 18 — склад за ГСМ; 19 — пав.; 20 — място за престояване на транспорта, издаден от фронта; 21 — място за престояване на транспорта, издаден от армейската болнична база

При двупоточната система разположението на приемно-сортировъчните, превързочните и евакуационните отделения се устройва така, че леко ранените, от една страна, и средно тежко ранените и тежко ранените, от друга, се обслужват отделно, като преминават в отделен поток през отделни приемно-сортировъчни, превързочни и евакуационни отделения.

При трипоточната система освен това се разкрива и приемно-сортировъчна за болни, към която се насочват болните, и оттам в болничната палата за терапевтично болни или към евакуационната. Палатките, в които се разкрива, са УСТ-41 и УСБ-41¹ (вж. фиг. 26).

Разпределението и отправянето на ранените и болните към съответното приемно-сортировъчно отделение се извършват от сортиро-



Фиг. 26. Палата — УСБ-41

въчния пост (СП), който се организира при входа на ДМП от приемно-сортировъчното отделение. Средният капацитет на приемно-сортировъчното отделение трябва да бъде до 100 места с оглед да се приемат и регистрират всички постъпили ранени и болни в ДМП, като при необходимост броят на местата се увеличава чрез построяване на двойни нарове и пр. В приемно-сортировъчното отделение трябва да се определи каква медицинска помощ и в какъв ред (първи или втори) се нуждае болният и да се отнесе в съответното отделение на ДМП. В тези отделения се оказва неотложна медицинска помощ — сърдечни средства, Есмарк и пр., инжектира се противотетаничен сеум на тези, на които не е инжектиран в ПМП, и т. н. Онези от ранените и болните, които не се нуждаят от медицинска помощ, се отправят направо в евакуационните отделения. За ранени и болни, за които не с била попълнена досега медицинска картичка на предния район, се попълва такава. Това са ранени и болни, които идват от различни поделения в близост на ДМП или преминали покрай ПМП.

За правилното и бързо обслужване и преминаване на ранените и болните през ДМП, особено в периода на активни бойни действия

¹ Установка санитарно-барачна 1941 год. — палата за 20—40 человека (6 ред.).

и при употреба на оръжия за масово унищожение, от решаващо значение е добрата организация на сортировката, което се постига със сортировъчни марки за добра експедитивност в самите приемно-сортировъчни отделения, като ранените или болните се разпределят правилно и с най-труба сортировка се насочват според характера на заболяването и времето на постъпване към едно или друго място.

Пренасянето на ранените към другите отделения на ДМП се извърши от санитарите-носачи, определени за работа в приемно-сортировъчното отделение.

В операционно-превързочното отделение се оказва квалифицирана хирургична помощ. То се състои обикновено от превързочна за леко ранени, която се разкрива по потока на леко ранените, превързочна за тежко ранени, операционна и прътивошкова за потока по средно тежко и тежко ранените.

Превързочната за леко ранени се устройва в подземия, укриятия, палатки и др. и е обзаведена с места за поемане единовременно на голям брой леко ранени, като освен превързочните маси се предвиждат места за обслужване ранените в седащо положение. В превързочната работят обикновено един лекар хирург, една сестра и един санитар. Обработените леко ранени се отправят към евакуационното отделение за леко ранени, а онни, които са 10—12 дни могат да бъдат върнати в строя, в командата на оздравявящите.

Превързочната за тежко ранени и операционната се устройват по правилата за операционните отделения с предоперационна (resp. предпревързочна). Трябва да се обърне внимание, че превързочната за тежко ранени по съществото на своята работа представлява също така операционна.

В операционната се отправят онези ранени, които се нуждаят от операции в кухните (корем, гърди, череп), като процентът на оперираността в ДМП за ранените в корем и гърди във Великата отечествена война на съветските народи е бил над 50 %, а за ранените в черепа е бил около 15 %. Това показва, че основна massa от ранените в черепа са отправяни за операции направо в съответни специализирани болници. В ДМП са извършвани такива операции само по жизнени показания. Обикновено в операционната работят един-два хирургични екипа и тя е обзаведена за извършване на по-големи операции, най-често с две операционни маси.

Средно тежко и тежко ранените с други поражения (на крайници, меки части и др.) се отправят към превързочната за такива поражения. Обемът на работата в превързочната за тежко ранени е много по-голям. В нея работят единовременно най-малко два хирургични екипа и е обзаведена с шест хирургични маси. Разположението на тези маси в определена система и организациите на работата на екипите има голямо значение за експедитивността на хирургичната ра-

бота. Един екип работи на три операционни маси. На едната раненят се подготвя за операция, на другата се оперира и на третата се превърва и подготвя за изпращане. Разположението на операционните маси може да бъде в различни варианти.

Противошоковата се обвязвада с всичко необходимо за преливане на кръв и за борба с шока. Обръща се голямо внимание на температурата на въздуха.

Заедно с оказването на квалифицирана хирургична помощ в операционно-превързочното отделение се уточняват данните на сортиторската, която е направена в приемно-сортировъчното отделение. Тук лекарят хирург, след като е огледал добре пораженията на голем брой от ранените и еоказал хирургична помощ, определя от каква медицинска помощ и къде (на кой етап на медицинската евакуация, в кое учреждение) се нуждае раненият, каква ще бъде продължителността на неговото лечение и какъв ще е вероятният изход от нараняването. Той определя също дали раненият може да бъде транспортиран веднага, или е необходимо временно да се остави в болничното отделение на ДМП. На подлежащите за евакуация се уточнява в какъв ред ще се евакуират, с какъв транспорт (санитарен автомобил, санитарен самолет) и в какво положение (лечащ, седящ).

Резултатите от тази квалифицирана сортиторска се вписват в медицинската картичка на предния район, а отправянето на ранените в съответното отделение се организира чрез сортиторчните марки.

Болничното отделение се разкрива с капацитет от 50–60 места. Поникога, особено при разширяване сроковете и показанията за госпитализация на ДМП, броят на тези места се разширява. Това отделение има за предназначение в него да се настаняват и лекуват онези ранени и болни, които са нетранспортабили и се нуждаят от времения госпитализация, докато състоянието на здравето им позволява превозването по-назад. Тук се настаняват и лекуват и болни, за които не са потребни допълнителни изследвания, специални методи за лечение.

Помещението (укрития, палатки) за ранените и болните се обавеждат отделно, като разпределението на ранените и болните във всяко помещение се извършва в зависимост от характера на нараняването или заболяването.

Към болничното отделение се разкрива изолатор за временна изолация на инфекциозно болните и такъв за ранените с анаеробна инфекция.

В болничното отделение обикновено работят двама лекари, няколко сестри и санитари.

Евакуационното отделение се организира за приемане на всички ранени и болни от останалите отделения на ДМП, подлежащи на по-нататъшна евакуация. То трябва да има, както и

приемно-сортировъчното отделение с капацитет за единовременно настаниване на 100 ранени и болни. Евакуационното отделение се разкрива така, че за всеки поток да има отделно място в ДМП. Потоzi начин леко ранените се разполагат отделно от средно тежко и тежко ранените, а болните отделно от ранените. На самите места за разлагане ранените и болните се групират в зависимост от предстоящата им евакуация по назначение, т. е. стремим се подлежашите за евакуация в едно и също или съседни учреждения да натоварим на едно санитарно транспортно средство.

Докато ранените чакат натоварването си и отпращащето на следващите етапи на евакуацията, в евакуационното отделение се наблюдава тяхното състояние, подготвят се за евакуация и се отправят съгласно предписането в медицинската картичка на предния район. На ранените се осигурява необходимата им почивка и храна, докато пребивават в евакуационното отделение.

Друго важно поделение е командата за оздравяваващи (КО). Тя е самостоятелно нещатно поделение на МСБ и влиза в състава на ДМП. Разчита се за 100 места. Командирът на МСБ отделя необходимият личен състав, лекарско наблюдение и грижи за ранените и болните в тези команди. Началник на КО е лекар, а помощникът му и командирите на подразделенията в КО са офицери от леко ранените или болните, намиращи се в тази команда. Вътрешният ред в КО е строеви. Организира се задължителна бойна подготовка. С цел за трутодерапия и оказване помощ в работата на ДМП леко ранените и болните, които се намират в тази команда, се привличат за различни работи и носене на караулната служба. Разбира се, работата, която им се възлага, в никакъв случай не бива да е противопоказана за тяхното здравно състояние. В КО се изпращат тези леко ранени и болни, които не се нуждаят от болнично лечение и специални методи за лечение и могат да бъдат върнати в строя за 10–12 дни.

Броят на постъпватите ранени и болни в ДМП за едно денонощие е различен и зависи от условията на конкретната обстановка. При активни бойни действия и средно напрежение на боя в ДМП постъпват 250–300 ранени. Броят на тези ранени може да е още по-голям в свъременната война. Разпределението на ранените в самото денонощие е също така неравномерно и в някои моменти в зависимост от активността на противника при отбрана и неговото съпротивление при настъпителния бой на нашето съединение ще има масов постъпване на ранени в ДМП в кратки срокове. Тази особеност ще бъде още по-характерна за бойните действия при употреба на оръжия за масово унищожение. Ето защо характерно в работата на ДМП е необходимостта в кратки срокове да се обслужват големи брой ранени.

Постъпването на ранените и болните в ДМП става ис само от собствените на дивизията части, но и от всички части и учреждения, които действуват и работят в полосата на дивизията. При по-голямо напрежение на бой, когато броят на загубите е по-голям, обикновено ДМП не е в състояние да се справи сам с всички ранени (има средна пропускателна способност за 300 души), може част от ранените да се отправят направо от ПМП към ХПНБ – от първа линия. Това са хирургични полски подвижни болници, които се разкриват във войсковия тип в близост до ДМП със задача да подпомагат последните да са оказане на квалифицирана медицинска помощ и осигуряване на техния маневър.

От общия брой на постъпващите в ДМП ранени около 40 % са леко ранени, 30–35 % средно тежко ранени и 20–25 % тежко ранени. От постъпващите ранени в ДМП 75–80 % са нуждащи от хирургична помощ, като процентът на срднатата оперираност в ДМП е бил по-нисък. Това се дължи на обстоятелството, че част от ранените, които се нуждаат от специализирана медицинска помощ, се евакуират в съответно лечебно учреждение, без да се оперират в ДМП.

Съотношението между постъпващите ранени и болни е много колебливо в зависимост от бойната обстановка, като процентът на болните относително се увеличава в междуобоеите периоди, докато в периодите на активни бойни действия процентът на ранените рязко нараства.

Мястото на ДМП в съвременната лечебно-евакуационна система е много голямо. Затова той се характеризира като най-важен хирургичен и сортиторъчен център.

ОБЕМ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В ДМП

В дивизионния медицински пункт се оказва квалифицирана медицинска помощ на ранените и болните. На всички постъпили ранени задължително се свалят всички превръзки и след преглеждане се извършват необходимите хирургични манипулации. Основната хирургична работа на дивизионния медицински пункт е първичната хирургична обработка на раните. Опитът от Великата отечественна война на СССР показва, че първичната хирургична обработка на раните, ако и да се е колебаела, е вземала големи размери. Така например през времето на разгрома на немските под Москва броят на първичните обработки в дивизионния медицински пункт за различните армии се е колебаел значително, като за някои е достигал до 98,2 % от броя на ранените. Общо обаче първичната хирургична обработка на раните се извършвала средно при 52,7 % от всички ранени. Това се дължи на обстоятелството, че не на всички ранени се прави първична хирургична обработка. На ранените, които са имали

съмъртоносни наранявания, такава обработка не е правена. Известна част от ранените не са обработани поради множество малки наранявания, а в други случаи хирургите са считали, че не е необходимо да се извършива обработка. Най-после към необработените се отнася и съсъм малък процент от ранените (около 2 %), които не са били обработени поради сложната бойна обстановка, като на тях с била оказана хирургична помощ по-късно, когато е имало възможност за това. Несъмнено има и такива случаи, на които е оказана хирургична помощ, без да е намерил отражение в документацията като съвсем малки хирургични вмешателства.

В дивизионния медицински пункт се правят операции само по жизнени показания. Ако раненият може да се евакуира в болнична база на армията, без да е застрашен животът му, то той не се оперира. Стремежът да не се оперира тежко ранените в дивизионния медицински пункт се диктува от това, че сперираният стават нетранспортабилни след операцията и това би затруднило подвижността на пътни гробници.

При преценка за извършване на операция на ранените се изхожда от възприетото положение, че ранените в коремната област е необходимо да се оперират преди евакуацията, а ранените в черепа по-правилно е да се евакуират, а след това да се оперират, защото по този начин по-възможно е да им се създаде спокойна обстановка, от която те се нуждаят. Разбира се, и при единия, и при другия случай ранените, които се оперират, стават временно нетранспортабилни и остават в дивизионния медицински пункт, докато станат транспортабилни.

В дивизионния медицински пункт се извършва и основната работа по борбата с травматичния шок. Провеждат се всички противошокови мероприятия, като кръвопреливане, преливане на кръвозадъвящи течности, новокайнови блокади, даване на кислород и други. Поради това че в дивизионния медицински пункт се провеждат всички противошокови мероприятия, то възвръщането на шоковото състояние на ранените не е допустимо, след като е оказана медицинска помощ на дивизионния медицински пункт.

При хирургичната работа в дивизионния медицински пункт винаги се спазват всички изисквания на асептиката въпреки трудното:тие на полевата обстановка. За тази цел за стерилизация на материалите към операционно-превързочния блок се разкрива „материално-стерилизационна“ в палатка или в землянка.

Ранените, които са поразени от стойки отровни вещества (миксти), както и комбинираните рани се обработват на площащата за дегазация на самия дивизионен медицински пункт (ОДО). Дегазационаната обработка на поразените от БОВ в дивизионния медицински пункт

ски пункт има завършващ характер, след което поразените се лекуват по общите правила за болните и ранените.

Терапевтично болните и болните вследствие на поражение от нестойки отровни вещества след постъпването им в приемно-сортировъчното за болни им се дава неотложна лекарска помощ от специалиста-терапевт. Тези, които се нуждаят от по-продължително лекуване, се изпращат в евакуационното, а тези, които до 10 – 12 дни могат да бъдат излекувани, остават на лечение в дивизионния медицински пункт.

Заразно болните се изолират временно в дивизионния медицински пункт, след което се евакуират. На тези болни се оказва само неотложна медицинска помощ до евакуирането им в инфекционната полева подвижна болница.

В дивизионния медицински пункт се лекуват нетранспортабилните през времето на пребиваването им в ДМП и на леко ранените и болните, които остават на лечение до пълното им излекуване. Лечебният режим на лежащи ранените и болните не се различава от режима в обикновените болнични отделения. По-друг е режимът на леко ранените в командата на оздравявящите, където има съчетание на лечението с работата – трудотерапия, физиотерапия и строева подготовка, с оглед след излекуването им да бъдат годни за връщането им в строя.

Обемът на медицинската помощ в дивизионния медицински пункт се изменя в зависимост от условията на обстановката. Старшият медицински началник е длъжен да укаже обема на медицинската помощ за вски предстоящи бой. Обаче обемът на медицинската помощ на дивизионния медицински пункт независимо от бойната обстановка трябва да бъде такъв, че да осигурива спасяването на живота на ранените и да осигурява евакуациите и по-нататъшното им успешно лечение.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА СТРЕЛКОВАТА ДИВИЗИЯ

Дивизионният лекар организира непосредствено медицинското осигуряване на стрелковата дивизия и носи отговорност за правилното използване на предоставените му сили и средства. Той е длъжен както в периодите на активни бойни действия, така и в междубоевите периоди да предприеме необходимите мероприятия по лечебно-евакуационното и противовидемичното осигуряване.

При подготовката на всяка поставена бойна задача на всеки бой дивизионният лекар организира медицинското осигуряване въз основа на взетото от него решение, което лежи в основата на управлението на медицинската служба в дивизията.

В дейността на дивизионния лекар подготовката на боя значително място заема разкриването и организирането работата на ДМП. В своето решение дивизионният лекар определя района за разкриване на ДМП. Изборът на мястото (площадката) за разкриване на ДМП се извършива от разузнавателна група, въглавявана най-често от командира на МСБ. В тази група се включват представители на подразделенията от МСБ, които вземат участие в разкриването на ДМП, и работна команда за подготовките работи.

При избор на мястото за разкриване на ДМП се изхожда от следните изисквания:

1. Да има достатъчно площ, на която могат да се разъгнат всички функционални поделения на ДМП. Както вече се посочи, при разкриването на ДМП изъм на населен пункт, което е по-често, тази площ треба да бъде с размери 200 – 300 на 200 – 300 метра.

2. Мястото да лава условия за добра маскировка от въздушно и земно наблюдение, по възможност да бъде в недостъпен за танкове и пресечен район.

3. Да има подходящи пътища за движение на автосанитарния транспорт от войсковите части към ДМП и от него към армейските лечебни учреждения, като на входа и изхода на ДМП се създадат пътни бримки (движение в една посока). В съвременната война евакуацията със санитарни самолети от ДМП се разширява, поради което трябва да се избере и площадка за кацане на санитарни самолети. Мястото на разкрития ДМП трябва да лава възможности за полно използване на пражноръвящите се товарни автомобили на транспулта на подвойза.

4. Да бъде малко по-встрани от основните пътища и характерни обекти, които могат да привлекат противниковия огън.

5. Да дава възможност за лесно водоснабдяване.

Разузнавателната група уточнява окончателно площадката и определя и подготвя местата (разпределни помещенията) за разкриване на отделните функционални поделения на ДМП, т. нар. трасировка на площадката.

Срокът за разкриване на ДМП може да бъде различен и зависи от подготовките работи. Средно този срок се определя на 2 часа, но 30 минути след пристигането на поделенията на МСБ на площадката трябва да има готовност за приемане на ранените.

За организиране на медицинското осигуряване на частите дивизионният лекар въз основа на взетото от него решение лава указания на старшите полковни лекари. Тези указания е желателно да се дават при личен контакт. Въз основа на тях ст. полкови лекари решават въпросите по медицинското осигуряване на подразделенията в полка.

Въпросите от решението на дивизионния лекар, които се отнасят до ст. полкови лекари и командира на МСБ, се поставят пред последните чрез частни разпореждания. Определя се обемът на медицинската помощ, рубежът за разкриване на ПМП, силите и средствата на медицинската служба, с които дивизионният лекар усилва медицинската служба на полка, редът на тяхното използване и мањеврът с тях в рамките на общия мањевр на дивизията, какви противоепидемични мероприятия и с какви средства ще са провесат, откъде ще се снабдява полкът с медико-санитарно имущество и какви комплекти за бойно осигуряване му се отпускат за предстоящия бой. Освен това старшите полкови лекари се ориентират и за общата организация на работата на медицинската служба в дивизията: къде и откога ще се разкрие ДМП, ще се използува ли ХППБ от 1 линия за нуждите на дивизията, как ще се извърши евакуацията от ПМП до ДМП и пр. Старшите полкови лекари от своя страна трябва да ориентират дивизионния лекар за санитарно-епидемичното състояние на подразделенията в полка, за наличните ранени и болни за евакуация от ПМП, за състоянието на медицинските сили и средства в полка и техните възможности, за нуждите на медицинската служба в полка и пр.

Въз основа на тази жива връзка и тясно взаимодействие най-добре може да се организира и подгответ работата на медицинската служба както в дивизията в цялост, така и във всяка една част и подразделение. Използването на всички сили и средства на медицинската служба в частите в интерес на работата в цялата дивизия е много важен фактор за организацията на медицинското осигуряване на войските в съвременната война, която изобилства с единовременност и неравномерност в човешките загуби и напрежението в работата.

След като дивизионният лекар дале всички необходими разпореждания на старшите полкови лекари и командира на МСБ и след като се разкрият медицинските пунктове, той трябва да се убеди по възможност лично за готовността на медицинската служба за предстоящия бой и да доложи за това по команден ред.

Съз започването на бойните действия дивизионният лекар следи развитието на боя и взема всички мерки за правилното протичане на медицинското осигуряване и се намесва бързо за ликвидиране на затрудненията, които се появяват. Често, особено в настъпватния бой, се налага преместване напред на ДМП, за да се скратят пътят на евакуацията на войските да се осигуряват своевременно с квалифицирана медицинска помощ.

Преместването на ДМП се извърши след разпореждане на дивизионния лекар. При преместването не трябва да се нарушава непрекъснатостта на оказването квалифицирана помощ на ранените.

Много чести премествания също не са полезни, тъй като се намалява времето за полезна работа на ДМП.

Преместването може да се извърши едновременно или по ешелонно. Преди всяко преместване се извърши бърза евакуация на ранените и болните от ДМП. При едновременното преместване потокът на ранените се отправя или към ХППБ от първа линия, или към съседен ДМП. Нетранспортабилните ранени се пренасят към ХППБ от първата линия (ако е близо) или се оставят на същото място със съответен персонал до тяхната евакуация, като се оставя необходимото имущество за обслужването им (от ДМП или от по-горните звена).

Едновременното преместване е най-облекчено, когато на старото място на ДМП или в близост до него се разкрива учреждение на по-горните звена на медицинската служба. Това учреждение лесно поема нетранспортабилните, подлежащи за евакуация и постъпващите ранени от частите на дивизията за времето на преместването на ДМП.

Преместването по ешелонно се извърши, като ДМП се разделя на две части. Частта, която остава на старото място (обикновено болничното и евакуационно отделение, усилено с хирург и имущество), работи, докато почне присенето на новото място и потокът се обслужи докрай. Освен тези основни форми за преместването на ДМП могат да се приложат и други. Така например може да се използува ПМП на артилерийски полк на дивизията, като се усилва временно с хирург и имущество от ДМП за времето на преместването или да се използува мањевр на пресок с ХППБ от първа линия и пр. Както се вижда, начинът на преместване на ДМП трябва, за се оцени творчески във всички случаи.

около 815 души, вследствие на измръзване и бива принудена да се върне в Етрополе.

В планинско-гориста местност нарастват средно тежките и тежките наранявания, тий като преобладават осколочните поражения и пораженията от парчета от каменен произход. Това увеличава процента на ранените, които се нуждаят от специализирана медицинска помощ.

Небойните загуби за разлика от бойните се увеличават. Увеличава се броят на небойните траматични увреждания поради честите каменопади, лавини и наранявания при падане по труднодостъпните участъци. Увеличават се и заболяванията вследствие резките колебания в температурата и намаляване кислорода във въздуха. Най-чести и характерни заболяванията са: простудните, стомашно-чревните, измръзванията, сънчевите изгаряния, снежната слепота, планинска болест и др.

Условията на планинско-гористата местност и начинът на водене на бойните действия, общо взето, затрудняват работата на медицинската служба, но в някои моменти влияят благоприятно.

Благоприятен момент за медицинската служба са обилните естествени укрития и гористи масиви, които осигуряват добра маскировка и относителна безопасност при изнасянето на ранените от бойното поле. Те дават възможност за приближаване етапите на медицинската евакуация към бойния ред. Така например при действията на Съветската армия на Керченски полуостров към края на декември 1943 г. ДМП са се разполагали на 3–4 км от предните бойни поделения на обратните скатове на планините. По-голямата стабилност на фронта в планинските райони дава възможност за разширяване на обема на медицинската помощ на етапите на медицинската евакуация и за работа на медицинската служба в условия на относително по-голяма стабилност.

Условията на планинската местност и начините на водене на бойните действия в тях затрудняват в по-голяма степен работата на медицинската служба, като се затрудняват наблюдението на бойното поле, търсенето и изнасянето на ранените и тяхната евакуация.

Наблюдението на бойното поле и търсенето на ранените по него е затруднено поради силно пресечен характер на местността, наличността на гористи масиви, долини, пукнатини и пр. Това налага бойците да са добре подгответи за самопомощ и взаимопомощ и да се прилагат различни способи за търсене на ранените (санитарни тръбла, санитарни кучета и др.). За по-лесното откриване на ранените е необходимо ротните санитари да са в непосредствена близост до бойния ред или да работят в самия боен ред, така че да могат да наблюдават за всеки ранен.

Глава XIV

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОЙНИ ДЕЙСТВИЯ В ОСОБЕНИ СЛУЧАИ

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ БОЙНИТЕ ДЕЙСТВИЯ НА ВОЙСКИТЕ В ПЛАНИНСКО-ГОРИСТА МЕСТНОСТ

Планинската местност се характеризира със сложност на планински релеф, наличност на много препятствия, ограниченост и недобро състояние на пътищата, гористи масиви, слаба населеност на планинските райони и променливите метеорологични условия. Тези особености на планинската местност налагат известни особености във воденето на бойните действия. Бойните действия се водят по отделни направления (по пътищата и достъпната местност) и по правило на широки фронтове. Работата на тила се затруднява поради ограниченността на пътищата и по-трудната проходимост на планинската местност.

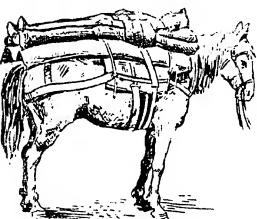
Условията на планинската местност влияят чувствително на работата на медицинската служба.

Размерът на бойните загуби при бойните действия в планинско-гориста местност е относително по-малък, отколкото при действията в обикновена местност поради наличността на много естествени укрития и недостатъчната поразяемост на пушечно-картечния и отчасти артилерийски и минометен огън на противника.

Тези загуби се характеризират и със значителната си неравномерност, преди всичко по фронт. Загубите на войските, които действуват по достъпните участъци на фронта и където бойните действия се водят с по-голямо напрежение, са по-големи, докато в същото време тези на съседните части са много по-малко. Частите, които действуват на труднодостъпните направления, обикновено понасят съвсем незначителни бойни загуби.

Неравномерност в загубите в планинско-гориста местност може да се получи и в резултат на резки промени в метеорологичните условия, като масови измръзвания в едно направление поради внезапни снежни бури и пр.

Характерен е в това отношение примерът с лявата колона на генерал Гурко в 1877 г. при преодоляване хребета на Стара планина на 23. XII. 1877 г., която, попадната под въздействието на снежна бура в района на височината Баба, загубва 1/3 от личния си състав —



Фиг. 27. Басмаческа носилка и натоварен на нея ранен

Извличането на ранените е затруднено. Често се прибягва до шперплатовите влечила, влечила от вършини и пр. За изнасянето на ранените се използва щафетен способ, като санитарно-носаческите звена се разпределят на отделни постове, разстоянието между които не трябва да е повече от 15—20 минути път. Съставът на носаческите звена е по-голям (до 4 души), което изисква отделянето на повече спомателни санитари-носачи, с които трябва да се води тренировка за работа в планинска местност.

За изнасянето на ранените се използват различните товарни животни, като коне, магарета и мулета. Тези животни са най-удобни поради своята издръжливост и непретенциозност. Изнасянето може да стане на един кон, като се използува специалната Басмаческа носилка (вж. фиг. 27), или при използването на два коня и носилка (вж. фиг. 28).

За извозването на ранените често се прибягва до санитарните двуколки. Във Великата отечественна война на съветските народи най-голямо приложение в планинска местност са намирали двуколките, които могат да се пренасят на гърба на коня там, където местността не е проходима за транспорт.

Постовете за санитарен транспорт обикновено се изнасят колективно работата на санитарите-носачи и да се осигури своевременното постъпване на ранените по етапите на медицинската евакуация.

Товарният и коларският транспорт са основни евакуационни средства във войсковия тип. Трябва да се има предвид, че където пътищата и местността позволяват, особено по важните направления, широко се използва и автомобилният транспорт.

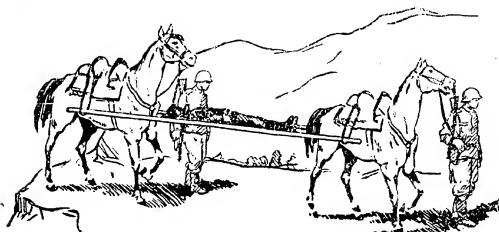
Освен санитарния транспорт за евакуация на леко ранените, а понякога и на средно тежко ранените широко се използват празните въртачките се средства на транспорта на подвозка и транспорта от местното население.

Характерен пример за използване на транспорта на местното население са действията на Първи гвардейски народноосвободителен полк при боевете му срещу немците в района на Бояновец през м. ноември 1944 г. Евакуацията е била организирана „през себе си“ с планински волски двуколки на местното население, с които

за два дни са евакуирани успешно над 120 ранени до пункта за квалифицирана медицинска помощ в село Кленике.

Поради различната проходимост на отделните участъци от планинския евакуационен път често се налага редуване пренасянето на носилки с превозването на конен и автомобилен транспорт в най-разнообразна последователност.

На местата, където ранените се претоварват от един на друг вид транспорт, се организират санитарно-претоварни пунктове със



Фиг. 28. Изнасяне на ранен на носилка с два коня в планинско-гориста местност

следните задачи: претоварване на евакуираните от един вид транспорт на друг, проверка на състоянието на евакуираните и оказването на медицинска помощ, регулиране движението на различните видове санитарен транспорт, защита на евакуираните от лошо време и студ.

Евакуацията в планинско-гориста местност се организира по основния вид — „към себе си“. Често обаче се налага евакуация и „от себе си“ или „през себе си“ в зависимост от проходимостта на местността. По-честоявление ще е и евакуацията към медицинските пунктове на съседни части и съединения.

Освен това евакуацията трябва да става по добре разузнани и подгответи пътища и при възможност на светло. За нощната евакуация е необходима по-щателна подготовка.

Освен това поради трудностите в евакуациите разстоянията, на които трябва да се разкриват медицинските пунктове, се разчитат не в километри, а по времето, за което ранените трябва да постъпят в далеч медицински пункт. Така например във Великата отечественна война на съветските народи батальонните медицински пунктове са разкривани на разстояние $\frac{1}{2}$ час, полковият медицински пункт — на 1 до $1\frac{1}{2}$ часа движение от предния край на отбраната, а дивизион-

ният медицински пункт — на 1 до 2 часа, движение от полковия медицински пункт. По този начин основната част от ранените е постъпва-ла в БМП след 2–3 часа, на ПМП след 3–4 часа, а на ДМП след 6–8 часа от момента на нараняването.

Това се постига често с разкриване на медицински пунктове на максимално доблизи места, използвайки условията за укриване, които дават планинско-гористата местност.

БМП се разкриват често в непосредствена близост до бойния ред. ПМП и ДМП се разкриват близо до пътищата, които водят от по-

Площадките за разкриване на медицинските пунктове се избират в подножието на склоновете, на обратните скатове, като се избира да бъдат непосредствено до основните пътища за подвъз, на близка и в населените пунктове по основните комуникации предните етапи.

Брега на река и в населени пунктове по основните комуникации. В планинска местност по-често се отделят части и подразделения за действие на самостоятелни направления и предни отряди.

Стрелкови полк, действуващи в самостоятелно направление, може да се обезпечи с квалифицирана медицинска помощ чрез разделяне дивизионния медицински пункт на две или чрез усилване на полевия медицински пункт със сили и средства на медико-санитарния баталлон за оказване неотложна квалифицирана медицинска помощ.

търства да бъдат усилвани от по-горното звено.

кови диверсантски групи и отделни подразделения. В планинско-гориста местност големо значение добиват общопрофилактическите мероприятия. Те се насочват към предпазване на личния състав от простудни заболявания, планинска болест, замръзвания и др. характеристики за планинската местност заболявания. За тази цел особено внимание се обръща на подготовката, тренировката и адекватизацията на войските за действие в планинска и особено високогорна местност.

При действие зимно време в планината е много важно да се предвидят топли дрехи, да се вземат мерки за сушене на партен-

Храненето се организира с оглед увеличаване на калоричността на храната, доставянето на пресни и витаминозни продукти, топла храна и пр. Водоизточниците се вземат под непосредствен контрол на медицинска служба.

Особености на медицинското осигуряване на бой в голям населен пункт 183

Медицинското имущество, с която са снабдени поделенията на медицинската служба, трябва да се разпредели така, че да може при необходимост да се пренася на ръце. Това важи особено за медико-санитарното имущество на млечко-санитарния взвод и до известна степен на подкювания медицински пункт.

Управлението на медицинската служба в планинско-гориста местност се уложнява и затруднява. При организиране на медицинското осигуряване медицинските изчалици трябва да се съобразят с особеностите за работа в планинска местност и да провеждат специална подготовка на личния състав на медицинската служба за работа в такива условия.

ОСОБЕНОСТИ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОИ В ГОЛЯМ НАСЕЛЕНИ ПУНКТ

От военна гледна точка населените пунктове имат значение като място за разполагането на войските и като обекти на боевые.

историята дава много примери на боене за населени пунктове, и то най-вече на градовете. В древността войните въобще са се водили за градовете като място, където са били създавани материалните и културните придобивки на даден народ. През годините на Великата отечествена война има редица примери на упорити борби за големи населени пунктове. В първите години на войната градовете, като Севастопол, Одеса, Ленинград и Сталинград, влизат в световната история като градове-герои.

Борбата за крупните населени пунктове се съпровожда винаги с улични боеве. Боят за овладяването на всяка отделна улица се свежда главно към борба за всяко отделно здание, група от здания или квартал.

Медицинско осигуряване на боя в населен пункт

Организацията, на медицинското осигуряване на бойни действия в населен пункт, особено големите, се определя от наличното на голяма разпознаваност на действуващите войски на отделни гарнизони и групи, сложността в издирирането на ранените, затрудненото им изнасяне, а много често и иззвозването им, бързата и рязка промяна на бойната обстановка, което често пъти води до големи трудности в медицинското и бойно осигуряване.

Бойните травми, получени в населените пунктове, са най-често отломъчки (осколъци) нариания, като много често се срещат различните видове контузии и повреждания поради сърването на стени, разкъсани рани, изгаряния от огненъвъргачките и пожари и електро-травми.

Разположението на войските в населените пунктове изисква особени мерки за противоепидемичното им осигуряване. Особено внимание се обръща на медицинското разпознаване, контрола за използването на местните и трофеените продукти, организацията на храненето на войските, които са изолирани или обкръжени в отделни гарнизони, използването на местни поддръжни средства за санитарна обработка на личния състав и др.

В редки случаи при продължителна отбрана на определена пойскова част значителна трудност представлява водоснабдяването на тая част. Голяма трудност представляват организацията на личната хигиена на бойците и мерките по предизвикване на постройките и територията от замърсяване. Трудно се провеждат и мерките по ограничаването на контакта на бойците с неевакуираното местно население, особено през зимата или при неблагоприятни метеорологични условия.

За правилното състуряване на водоснабдяването в градовете се създават бригади от местното население или войници за възстановяването на повредените водопроводни инсталации. Когато никак традиция трябва да премине към продължителна отбрана при обкръжение, трябва да се вземат мерки по създаването на запаси от вода. Необходимо е също така да се вземат мерки за построяването на примитивни бани и лезинекционни камери в тия градове освен съществуващите, тъй като последните не ще са достатъчни.

При бой в населен пункт, известна част от който вече е застъпена от противника, трябва да се обрне особено внимание, от коя страна идва потокът на водата. Ако този поток идва от страната на противника, то трябва да се забрани ползуването на водата от канализацията, а такава да се взема от кладенците или други източници. Тази мярка се налага поради голямата опасност противникът да раззида водата.

Поради наличността на голем брой разделени един от друго подразделения при организирането на медицинското осигуряване трябва да се предвидят резерви от личен състав на медицинската служба и запаси от медицинско имущество, особено от превързочни материали. Тук особено значение придобива предварителната подготовка на войниците и офицерите за оказване на самопомощ и взаимопомощ. Медицинската служба на атакуващите щурмови групи и особено отряди се усилва със санитари, санитарни инструктори, а понякога и с медицински техники лекари при съответното имущество.

Издирването на пострадалите при бой за населен пункт е извънредно трудна и отговорна задача за медицинската служба. Ранените могат да се намират в цели или разрушени здания, балкони, тераси, под развалините и срутиените стени, в сутерените, таваните, в блинажи със затрупани изходни врати, канализационни тръби, в парко-

вete и зелените насаждения. В тия условия издирването на ранените се провежда по пътя на оглеждане на мястото, където могат да се открият ранените, за които цел се създават специални издирвателни групи (претърпвачи) от щатни и спомагателни санитари. В тия групи може да се включват и бойци.

Извънредно важно е означаването на местата, където се намират ранените, което става с превързането на парче бинт на балконите, на водосточните тръби, на дръжките на вратите и пр. Много важно е и установяването на сигнализите за извикването на санитарите-носачи. За извличането на затрупаните в мазетата и сутерените ранени се използуват съльзори.

Изнасянето на ранените от местата на тяхното сгрупирване до най-близкия батальонен медицински пункт или пост на санитарния транспорт се затруднява досега от невъзможността да се използват улици или други открыти места, които обикновено се намират под непрекъснатия "обстрел на противника. Най-често изнасянето се осъществява по скрити от наблюдението на противника пътища, по задните дворове, през къщите, като се използват прозорците или пробивите в стените. За прибрането на ранените от открыти места (улици, площи и зелени насаждения) се прибягва към огнево прикритие или димопускане.

Извозването на ранените със санитарния транспорт се затруднява от сръднината и задърстването на улици, от високите и изпъкнали различни улични проводници. Големите улици и площи почти винаги се намират под непрекъснатия огън на противника даден и през нощта, което ги прави невъзможни за използване. По улиците често пъти има пожари, което кара санитарния транспорт да ги заобикаля. Старите градове, строени без всякакво благоустройствство, изобилстват с множество тесни, пресечени и криволичещи улици, из които трудно се разминават два реда коли, а и много често поради непознанието на града може да се обръка посоката и да се тръгне към противниковата страна. Затова подавите на санитарния транспорт трябва добре и подробно да се инструктират за пътищата на евакуация, а по улици, по които ще преминава санитарният транспорт, да се поставят бели стрелки, показващи посоката на движение.

Изменчивостта на бойната обстановка, постоянната въздушна и пожарна опасност принуждават да се стремим към бързото иззвозване на ранените извън пределите на населния пункт.

Медицинските пунктове, намиращи се в пределите на града, се разполагат най-често в сутерените на големите здания, надеждни блинджаци и в други по-добри поизменни скривалища. Тия скривалища и сутерени трябва да бъдат осигурени с по два входа и в пристройко-жарно отношение.

Растоянието между отделните етапи на медицинската евакуация са чувствително съкратени. За това способствува тясното поле на действие на войсковите части и наличността на успоредни на фронта улици и пресечки, прикрити от страна на противника със здрави и масивни зидания.

В стрелковата рога като правило се организира ротен медицински пост, където ранените, събрани и сгруппирани, очакват санитарния транспорт. Санитарният транспорт зависи от конкретната обстановка понякога може да се доближи непосредствено до бойната линия. В условията на градски бой понякога е напълно възможно да се използува автотранспорть даже и от ротните медицински постове. Но в някои случаи, ако разрушенията на града са големи, почти е невъзможно да се използват като автотранспортните средства, така и конският санитарен транспорт. В такива случаи само носилката остава като единствено транспортно средство, което може да се използува.

Обикновено в пределите на населените пунктове се разкриват батальонните медицински пунктове и полковият медицински пункт. Дивизионният медицински пункт е по-целесъобразно да се разкриза извън населените пунктове в обикновените разстояния. При затруднена евакуация от града през деня в окрайнините на градовете се разполагат само предните ешелони на медико-санитарния батальон със задача да оказват помощ по жизнени показания и да поставят на легло нетранспортабилните. Когато се предвижда бой в събрежение или опасност от прекъсването на евакуационните пътища, то дивизионните медицински пунктове се разкриват в пределите на населените пунктове. В боевые за големи населени пунктове е целесъобразно да се използват наличните медицински учреждения и местните медицински работници за настаняването и лечението на ранените бойци.

При подготовката на настъпвателните боевые в големи населени пунктове медицинският началник трябва да набелжи и съгласува със съответния шаблонщата за евакуация, да се отдели специално внимание на шурмовите и атакуващите отряди, като бъдат снабдени с имущество и подслепени с допълнителни санитари, санитарни инструктори, а при необходимост и с медицински техник. Необходима е лобра и подробна инструкция на санитарите и санитарите-носачи за реда на тяхната работа, сигнализите, които ще се използват за извикване, и пр.

При организирането на отбрана на определен населен пункт начальникът на медицинската служба има възможност да проучи града не само по карта, а и при личното наблюдение. При провеждането на разузнаването той определя най-скритите пътища за извозване на ранените, подбира най-удобните места за батальонните медицински пунктове и поста на санитарния транспорт и пр. Обръща внимание за

пълното разгръщане на полковия медицински пункт и неговата подготовеност в противовоздушно и противокомично отношение, създадено на запаси от имущество, вода и постъпълчни материали. По улиците се поставят ясни знаци за пътят към съответните медицински пунктове. Специално внимание се отделя на части и поделения, които се намират в такива части на града, където може да се наложи да воюват в обкръжение.

Добрата организация на медицинското осигуряване на бой в населен пункт може да се осъществи само при добра подготовка, добро разузнаване на условията, в които има да се работи, и старательна препарителна подготовка на медицинската служба.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРИВАНЕ ПО МАРШ И СРЕЩЕН БОЙ

През време на бойни действия на войските често се налага прегрупирание и придвижване от едно място на друго с цел да бъдат доведени до определените за тях райони. Това придвижване на войските до определена цел наричаме марш. Извършването на марш трябва да става в определено време, като войските пристигат в заповядания район в пълна готовност за бой. За да може да се осигури пълната боеспособност на войските при извършването на марша, войските трябва да имат съответна подготовка, а през време на марша трябва да се съблъсват редица правила.

Организирането и провеждането на медицинското осигуряване на марша трябва да бъде такова, че бойците, пристигнали на заповяданото място, след извършването на марша да бъдат с напълно запазени сили. Запазването на силите на бойците през време на марша се постига, като се вземат всички необходими мерки преди започването на марша и през време на неговото провеждане. Мероприятията, които се провеждат от медицинската служба, са в унисон с разпоредбите на командването.

Освен необходимите хигиенни мероприятия, които провежда медицинската служба, необходимо е и провеждането на редица мерки по запазването на войските от внасяне на инфекции, както и мероприятия по оказването на медицинска помощ на ранените и болниите и тяхната евакуация.

Работата на медицинската служба по организирането на медицинското осигуряване на марша се извршва в три етапа: подготовката на медицинската служба и на войските за извършването на токвата на медицинската служба и на войските за извършването на марша. Началникът на медицинската служба взема решение по организирането на отбрана на определен населен пункт.

низиранието на медицинското осигуряване на марша и срещния бой, ако такъв се предвижда.

Подготвителен период. Целият личен състав на войската се преглежда с цел да се установи кои не могат да извършат марша. Тези, които не ще могат да участват в марша поради неблагополучно физическо или здравословно състояние, се оставят в тиловите подразделения да извършват марши с товарния транспорт или въобще се освобождават от марша, като се изпращат в задните стапи на медицинската евакуация.

Извършва се основен преглед на облеклото, обувките и стъклмалето на бойците, като се обръща внимание в зависимост от годишното време и характера на марша на дрехите и на снаряженето да бъдат добре прогонени. Ако дрехите и снаряженето на бойците не са удобни – тесни или много широки, то те непременно трябва да се сменят. Сменяването става поради опасността да се получат охлузвания и патързания, които могат да станат причина за изваждането на бойца от строя.

Особено внимание се обръща на състоянието на обувките. Осъществяването на марша до голяма степен зависи от състоянието на обувките. Те не бива да бъдат със съвременни нови и боенци да ги обуе в навечерието на марша, тъй като новите обувки непременно ще паранят краката на боенци. Ако обувките са нови, то боенци трябва да ги носят поне един-два дни, като за правилното им прогонване те трябва да се намократ и да останат на краката на боенци до изsvикането им. За запазването на краката от нараняване важно значение има извиването на партенките. Преди започването на марша краката се извиват хубаво със студена вода и се навиват нови и чисти партенки.

Само правилната подготовка на бойците преди похода ще ги запази от поражения от страна на облеклото, обувките и снаряженето.

Преди започването на марша задължително се извърши проверка на окомплектоваността на личния състав с лични превързочни пакети.

Ако е необходимо, в зависимост от санитарно-епидемичното състояние на района, в който отиваме, се провеждат предпазни имунизации и вакцинации.

За запазване силите на бойците през време на марша необходимо е в подготовките период и по-специално преди марша да се проведе контрол за правилната хранителен и питейен режим на войските. Така например не бива да се разрешава тръгването на поделенията в марши величина след нахранването. Храната, която ще приемат бойците преди тръгването на марш, трябва да е достатъчно калорийна и богата на витамини в зависимост от напрежението, което имат да извършат. През зимата храната трябва да е богата на мазнини.

а през лятото при голяма горещина да се дава повече сол и храната или отделно на всеки боенец.

В подготовките период медицинските пунктове трябва също да провеждат редица подготовкителни мероприятия. Всеки медицински пункт, участващ в марша, трябва да се освободи от ранените и болните, намиращи се в него, като ги евакуира в най-близкото медицинско учреждение. Медицинските пунктове трябва да се освободят от излишното имущество и снаряжение, особено тежкото такива, което ще затрудни неговото придвижване, в същото време трябва да се снабдят с достатъчно медико-санитарно имущество за празнината осигуряване на войските.

Провежда се медицинско разпознаване на маршрута с цел да се изясни санитарното състояние на районите, през които ще се мине, и по-специално на местата, определени за почивки, почиствания или десуничвания. При провеждането на разпознаването се изучава състоянието на пътищата, наличието на водозадължители по маршрута и тяхната използваемост и санитарно-епидемичното състояние на населените пунктове, през които ще се мине. Уточняват се местата, в които ще се разгънат медицинските пунктове при евентуална среща с противника, и се определя как пътищата ще се използват за евакуация на ранените и болните. Освен това ако в населените пунктове по пътя на марша има медицински учреждения, проверява се доколко те могат да бъдат използвани за евакуация на ранените и болните в тях.

В решението на начальника на медицинската служба по организациите на медицинското осигуряване трябва да залегне разпределението на силите и средствата по колони, като се обръща специално внимание на авангардните части и подразделенията, движението се самостоятелно. Това разпределение на силите и средствата не бива да нарушава готовността на медицинската служба при необходимост да разгънат медицински пункт.

След цялата тази подготовкителна работа на медицинската служба и наличността на решение на медицинския начальник тя е в състояние да обезпечи в медицинско отношение войските.

През време на марша медицинските подразделения се движат зад своите части. При движение на войските се следи за правилното редуване на движението с почивките.

Първата почивка от 10–15 минути трябва да се даде през втората половина на първия час. Тази почивка е предназначена да помогне на бойците да поправят облеклото си, обувките или снаряженето си, ако някой е забелязал, че то му е неудобно. След това почивките се редуват, като на всеки час се дават средно 15 минути почивка. При преминаването на головината от денонощния преход (около 16 km) на войските се дава голяма почивка от няколко часа. През време на тогавашната почивка на бойците се поднася топла храна. Когато маршът

трае повече дни, то след втория-третия ден от марша се дава един ден почивка.

Освен контрол по движението на войските през време на марша се следи и за състоянието на бойците в самите колони. Така например през зимата бойците се наблюдават за избягване на измръзвания, а през лятото — за топлинен или сълъччен удар.

За избягване на измръзвания или прегривания необходимо е с рециите в колоната да се сменят, като тия, които са били най-отпред и отстрани, да минат в средата и в тила. При откриването на такива бойци, които не могат да продължат марша, те се изваждат от колоната и в зависимост от състоянието им или се предават на транспорта на поделението за возенето им, или се отправят към медицинския пункт за лечение.

При избирането на място за почивки през време на марша трябва да се спазват редица условия. През лятото мястото за почивка не трябва да бъде влажно, да не духа, да не е на открito и да има „шадена“ сянка. При спирането на почивка органите на медицинската служба трябва да проведат контрол да не се пие вода веднага след спирането, а това да стане след известна почивка.

В зимни условия мястото трябва да бъде защитено от ветровете. Ако е много студено, то при малките почивки е целесъобразно да се провежда активна почивка, а големите почивки да се правят в населените пунктове, като се вземат всички противовидемични мерки и мерки за предизвикване от възлияване.

Лечебно-евакуационното осигуряване през време на марша се осъществява, като първата помощ се дава от личния състав на медицинските служби на подразделенията, след които ранените се евакуират в най-ближките медицински пунктове, ако по маршрута има такива. За евакуацията на ранените и болните могат да се използват и местни лечебни учреждения, ако има такива, но за това трябва да има съответни разпореждания. Понякога се налага ранените и болните да се оставят отстранени на пътищата с медицински персонал, да се чака пристигането на транспортните средства от по-горните звена на медицинската служба, която поема евакуацията им.

Ако по маршрута има етап на медицинската сваюкация, който може да се използува от войските, които извършват марша, и разстоянието на марша е по-голямо от 15—30 км, за оказването на медицинска помощ в такива случаи се разгръща временен медицински пункт (ВМП). Сили и средства за разгръщането на временния медицински пункт се отделят от медико-санитарния батальон на дивизията или се използват медицинските подразделения на приделните части. Най-често временните медицински пунктове се разгръщат на такива места, където се събират пътищата на няколко маршрута или има напречни пътища. След преминаването на колоните временните

пункт се съгва, след като с евакуирал ранените, и тогава догонва своите части.

При разгръщането на временен медицински пункт е необходимо да се известят своевременно частите и медицинските служби за място и времето на разгръщане и кон пътища да се използват при евакуации.

Когато при извършването на марша се срещат противници и се завърже бой, тогава се разгръщат и медицинските пунктове за оказване на медицинска помощ. Медицинските пунктове разгръщат своите пунктове по общите правила, като съобразяват, че срещният бой е краткотраен, силно напретнат, се води с голяма маневреност. Това налага медицинските пунктове да се разгръщат на по-големи разстояния и обемът на оказваната в тях медицинска помощ да се скрият по-бързо от освобождаване на пунктовете от ранените и след събирането на боя да следват войските.

За да може правилно и своевременно да се проведе лечебно-евакуационното осигуряване на срещния бой, необходимо е още при организациите на медицинското осигуряване на марша да се предвиди, че ще има срещен бой, и да се набележат вероятните рубежи за среща на противника и рубежите и местата на медицинските пунктове, както и пътищата за евакуация.

Организацията на медицинското осигуряване на марш, който се провежда при особени условия — нощем, зима, гористо-планинска местност и др., се осъществява, като се спазват всички изисквания, които произтичат от тези условия. В такива случаи се вземат специални мерки за запазането на здравето и боеспособността на войските.

При извършването на марша в съвременна обстановка на боя освен общите правила за провеждането на марша необходимо е да се вземат мерки за санитарно-химична, противоатомна и противобактериологична защита.

Управлението на медицинската служба при марша е извънредно трудно, поради това че подразделенията на медицинската служба са разсредоточени по колоните. Затова началникът на медицинската служба е необходимо да осъществява ръководство с кратки разпоредления, които своевременно да се довеждат до знание на подчинените. Това се постига, като се осигури непрекъсната връзка, от една страна, с подчинените медицински служби, а, от друга — с медицинските пунктове и учреждения по маршрутите, както и поддържането на връзка с гражданските медицински учреждения, които могат да бъдат използвани. С гражданските медицински служби трябва да се поддържа връзка не само за използването на медицинските учреждения, но и за получаването и на сведения за санитарно-епидемичното състояние.

Поддържането на редовна връзка през време на марша се осъществява чрез общовойсковите спър佐чни средства и чрез леко ранените и най-вече чрез специалните курieri.

Медицинското осигуряване на марша е доста трудно, като се има предвид разнообразието на мероприятията, които трябва да се провеждат от медицинската служба. Това налага всички медицински работници да бъдат добре запознати с хигиената на марша и организацията на медицинското осигуряване.

Освен това за запазването на боеспособността на войските при извършването на марша осъщи подготовката, която се извършила от медицинската служба и командването, необходимо е и бойните да бъдат добре тренирани за извършването на такова движение. Особено трудно е провеждането на медицинско осигуряване на ускорен марш, където още по-добре и по-точно трябва да се спазват всички изисквания за правилното провеждане на марша.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОЙСКИТЕ ПРИ ФОРСИРАНЕ НА РЕКА

Реките, особено големите, са естествени препятствия, които често се използват от отбранаващата се страна за усилване на отбраната. В зависимост от големината на реката, бързината на нейното течение, характера на берговете и на дъното ѝ тя може да бъде по-голямо или по-малко препятствие.

Историята дава многократни примери за това, че реките все пак не са непреодолими препятствия. Има много примери от далечната и близка история за успешно преминаване на реки при настъпвателни боеве.

Настъпление с форсиране е един от сложните видове настъпителни боеве и изисква особено старателна подготовка. Подготовката се включва разузнаването на реката, поддържането към нея, хидротехнически съоръжения по нея, системата на отбрана на противника по реката и др.

При форсирането на реката е необходимо да се вземе под внимание не скоростта на прехвърлянето през нея, а доколко мястото на прехвърлянето е уязвимо за артилерията и авиацията на противника. При заемане на достатъчен плацдарм на противоположния бряг възникват редица трудности по снабдяването на преминалите войски и оказването на медицинска помощ. Най-удобни за форсиране са онни участъци на реката, в които отбраната на противника е слаба и където противникът не очаква активни бойни действия.

Удобни за прехвърляне са онези участъци от реките, където брегът е доста укрит от въздушното наблюдение на противника, където брегът откъм настъпващия е по-висок от отсрещния, където има на-

личност на скрити подстъпъли за настъпващия, брод, острови и места за струпване на переправочни материали.

Форсирането на река може да се извърши чрез планомерна подготовка при непосредствено спирконосение с противника или сход при преследване на противника или при развитие на настъплението. Когато има възможност за предварителна подготовка на форсирането, провежда се редица мероприятия по подготовката на прехвърлянето, а непосредствено преди извърлянето се провежда мощна артилерийска и авиационна подготовка.

При форсиране с ход настъпващите войски със своите предни отряди се стремят да прехвърлят регата, без да се спират и да не позволяват на противника да организира отбрана на срещуположния бряг.

До голяма степен успехът на форсирането зависи от внезапността. Това налага прегрупиранието на войските да се извърши само през нощта или още в ход към реката. Много често, за да се отслаби настъплениято на противника на определен участък, се провеждат демонстративни и лъжливи перерави на други участъци. Обикновено форсирането започва през нощта, на разсыпване или под прикритие на димни завеси. Когато настъпващите войски разполагат с речни военни флотилици, то те се използват за съдействие на настъпващите войски, за унищожаването на корабите на противника, за извършване на тактически десант, за очистването на реката от мини и най-после за пренасянето на войските на отсрещния бряг.

При форсирането на река медицинското осигуряване на войските е съпроводено с редица трудности. Тези трудности произтичат от: широкия фронт на действие на войските на мястото на переправата; дълбоко разположение на войските на нашия бряг; неединвременост на включване в боя на войските на противника работници на отсрещния бряг заедно с предните подразделения, заемащи плацдарм; трудности в евакуацията на ранените на отсрещния бряг, които трябва да се прехвърлят през реката, но не по переправата, по която се пренасят войските; голяма трудност при преместването на етапите на медицинската евакуация поради водната преграда; ограничена възможност за осъществяване на връзка между прехвърлените на отсрещния бряг медицински работници и етапи с останалите на отсамния бряг. Тези особености изискват особено здрава организация на медицинското осигуряване при форсиране на река.

При заемането на своето решение началникът на медицинската служба трябва да организира медицинското осигуряване в периода на подготовката на форсирането, във време на самото прехвърляне, през време на боя за удръжане и разширяване на плацдарма. При организирането на медицинското осигуряване на форсирането трябва да се

обмисли и добре да се организира прехвърлянето на ранените от отсещния бряг, да се организира прехвърлянето на подразделенията на медицинската служба, а също така да се провежда непрекъснато медицинско разузнаване в района на съсредоточаване, изходния район и на освободената от противника територия.

В основното на решението на медицинския началник за медицинското осигуряване на войските при форсирани тръби да стои стремежът за запазването на достатъчно сили и средства на медицинската служба, изразгънати на отсамния бряг, които да имат готовност всеки момент да бъдат прехвърлени на отсещния — да се разгънат и да започнат работа по медицинското осигуряване на войските.

За осигуряване на войските в момента на самото преминаване през реката, а така също за прехвърлянето на ранените от отсещния бряг на нашия се разкрива медицински пункт на переправата (МПП). Ако този пункт е временен поради самия характер на прехвърлянето, то в него обикновено работи медицински техник. Ако переправата е постоянна или по-продължителна, то до нея се разкрива пункт, в който работи лекар.

Медицинският пункт на переправата има задачата да даде първа медицинска помощ на ранените на самия бряг или прехвърлени от отсещния; да даде първа помощ на давещите се и отправяне на ранените към най-близкия етап на медицинската евакуация.

Медицинският пункт на переправата, ако тя е временна, се разкрива от силите и средствата на медицинската служба на преминаващите по нея войски. Ако переправата е постоянна, то по правило медицинския пункт се разкрива или от инженерните части, които я построяват, или от артилерията, която съхранява переправата. В медицинския пункт е необходимо да има известен брой санитарно-носачески звена и санитарно-транспортни средства за евакуирането на ранените към близкия етап на медицинската евакуация.

Медицинският пункт на переправата се разкрива наблизо в укрити места или специално построени блиндачки. Началникът на пункта изпраща на срещуположния бряг санитари, които уметят да управяват и карят лодка, салове или други переправочни средства. Тези санитари вземат ранените от прехвърлените подразделения, натоварват ги на переправочните средства и ги отправят за отсамния бряг. Ако на отсещния бряг се срутат голим брой ранени, а прехвърлянето им на отсамния бряг е затруднено, то на отсещния бряг може да се организира медицински пункт на переправата, в който да работи фелдшер или лекар, а в отделни случаи като медицински пункт на переправата може да се използват прехвърлени на отсещния бряг етапи на медицинската евакуация.

Медицинското осигуряване на прехвърлените на отсещния бряг войски се организира в съответствие с плана на боя. В зависимост

от ширината и дълбината на застия плацдарм се разкриват батальонните, полковите или дивизионни пунктове. Не са редки случаите, когато пълбочината на плацдарма не позволява на прехвърлите се на отсещния бряг медико-санитарна рота на полка или МСБ на дивизията да разгънат своите пунктове. В такива случаи прехвърленият личен състав и имущество на съответните подразделения се организират за даване на медицинска помощ на базите на по-рано прехвърлените по-долустоящи етапи на медицинската евакуация, като полковият медицински пункт се организира на базата на батальонния, и т. н. По правило армейската болнична база в изходно положение се разгъща на отсамния бряг колкото се може по-близо до реката. Изъвредна голямо значение има наличността на резерви от армейските средства, които при успешно придвижване на нашите войски на отсещния бряг бързо да се прехвърлят и те на отсещния бряг.

Поради самата особеност на форсирането в първия момент на боя, когато прехвърлените части водят бой за завладяването на плацдарм, особено много е затруднено изнасянето и извозването на ранените от бойното поле, тъй като е невъзможно прехвърлянето на санитарно-транспортни средства. Затова трябва да се обрне внимание за усилването на прехвърлените части със санитари-носачи и по възможност рано да прехвърлим на отсещния бряг с переправочни средства транспорт.

В останалите етапи на боя медицинското осигуряване не се отличава от тази на всички останали видове бой и се организира в зависимост от характера на боя.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОЙНИ ДЕЙСТВИЯ ПРЕЗ НОЦТА

В миналото бойни действия през ноцта са се предприемали сравнително рядко. Считало се е, че нощните действия могат да бъдат преодолени от неголям отряд или при нападане друг изход, а също така при отдалено внимание от страна на противника за излизане от обкръжение.

До Великата отечественна война на Съветския съюз все още се е считало, че ноцта не дава възможност за пълното използване на бойната техника, но опитът от последната война показва, че ноцта е най-удобна за прегрупиранието на силите, за закрепването на застия руеж и пр. Особено сега при опасността от употреба на оръжие за мащово унищожение, каквото е атомното и термоядреното оръжие, ноцта ще изиграе решителна роля за съсредоточаването на войските.

При настъплителните боеве ноцният бой най-често се предприема, за да се завземат опорните пунктове на предния край на противниковата отбрана, за развитието на достигнатия през деня успех в дълбочина на противника, за прегрупиране, за скрит обход и др.

Наред с предимствата, които безспорно има ношните бой на настъпвания, той има и редица отрицателни страни. Ношните действия се считат за един от най-трудните видове бой. Въпреки че ношта дава възможности за внезапен удар, тя затруднява ориентировката даже и на позната местност, затруднява воденето на прицелен огън, намалява темпото на придвижване и пр. Освен това през ношта могат да се организират засади и внезапни контраатаки по настъпвания. Съществено значение има и фактът, че през ношта бойците се изморяват много по-бързо, че внезапната промяна на обстановката оказва силно морално въздействие на бойците и пр.

За правилното организиране на настъпвателния бой особено значение има предварителното щателно разузнаване, подготовката на огън на светло, своеевременното поставяне на задачите и пр.

При отбрана войските винаги трябва да имат готовност да отбиват ношните атаки на противника, затова отбраниващият се предварително подготви огън по най-важните подстъпки на предния край, съставя план за контраатаки, подготвя изкуствено осветление на предния край и пр.

Работата през ношта наред с някои преимущества в сравнение с работата през деня има немалко отрицателни страни както за дейността на войските, така и за работата на медицинската служба.

Ако поради тъмнината и чувствително намалената видимост ношта намалява опасността от пораженията на противниковия огън при лаването на първа помощ на бойното поле и при изнасянето на ранените, то едновременно с това значително се затруднява излизането на ранените, особено в пресечена местност. Затруднено е също така самото оказване на првата медицинска помощ, движението на санитарите и санитарите-носачи по бойното поле.

Подготовката към медицинското осигуряване на бойните действия през ношта се извършва още на светло. Санитарният инструктор на ротата определя още на светло местата за укриване на ранените, пътищата за тяхното изнасяне и извозване, звуковите и светлинните сигнали. През деня се определят ношните ориентири, поставят се въйници през ношта, указатели за движението, като за тяхни указатели се използват светли бои, вар и др. Санитарният инструктор задължително провежда подобрен инструктаж със санитарите на ротата и придадените санитари-носачи, като ги запознава с предстоящата им задача и показва реда на работа през ношта.

По правило медико-санитарният взвод се разполага в близост до войските, като изпраща напрел пост на санитарния транспорт, ако това е възможно. Санитарите, санитарите-носачи и водачите на санитарния транспорт още на светло трябва да разучат пътищата, по които следва да се движат през ношта. Това се налага, за да се запо-

зваят с характера на пътищата и за набелязване на ориентири, които биха могли да ползват през ношта.

Старшият полкови лекар разпределя санитарите-носачи още на светло и ги изпраща на работното им място, така че да имат време на светло да пристигнат към поделенията, в които са придадени, и да се ориентират върху задачите, които им предстоят, и особеностите на местността, в която има да работят.

Ранените през време на ношния бой пристигат в дивизионния медицински пункт обикновено през деня, особено през късите летни нощи. Обратно, при бойни действия през деня ранените пристигат в пункта често пъти през ношта, особено през зимата. По правило пристигането на ранените в армейската болнична база от дневните боеве става през ношта. Това показва, че дивизионният медицински пункт и армейските лечебни учреждения често работят при нормални условия през ношта.

При подготовката на нощен настъпвателен бой е необходимо в изходното положение да се вземат всички мерки за разузнаването на местността, по която ще действува. Това става най-напред по карта, а след това и чрез наблюдение. След проучването на местността се набелязват местата за укриването на ранените и пътищата, които ще се използват. В подготовката на нощен настъпвателен бой особено важно е усиливането със спомнати санитари-носачи и тяхното навременно инструктиране за реда на работата.

Медико-санитарният взвод заема изходното си положение на светло и при възможност изпраща напрел пост на санитарния транспорт. Старшият полкови лекар още на светло трябва да изпрати санитарно-транспортните средства напрел към батальонните медицински пунктове. За правилната организация на изнасянето и извозването е необходимо своеевременно осведомяване на всички бойни и офицери за месторазположението на медицинските пунктове. Това ще им даде възможност при разузнаване, ако са в състояние сами да се привържат, да намерят в тъмнината медицинските пунктове. Офицерите и войниците също трябва да бъдат осведомени за слуховите сигнали, които трябва да се подават за извикването на санитари или санитари-носачи.

За да си осигурят добра видимост при работа на бойното поле, санитарите трябва да работят приведени ниско до земята, защото само по този начин ще могат да забележат ранените на светлия фон на небето. При подготовката на санитарите за ношни действия особено внимание трябва да се обърне за извършването на всякакъв вид манипулации на тъмно „пиплаещком“. При своята работа трябва умело да използват случайните светлинни източници като: лъч от прожектор, ракети, луна или пожари, за по-добро ориентиране на бойното

поле. Санитарите биха могли да използват джобни електрически фенерчета, но това е свързано с опасността да предизвикат съсредоточен огън на противника върху себе си и ранени.

В съвременните войни нощните действия придобиват особено важно значение, тъй като само при използването на прикритисто, което дава ноцта, ще може да се провежда прегрупиранието, съсредоточаването и разместването на по-големи войски единици. Естествено това ще наложи и медицинската служба да работи много често през ноцта.

Опитът от Великата отечественна война на СССР показва, че много лъти ноща ще се използува за извозването на ранените, тъй като ноцта скрива от противника санитарно-транспортните средства. Не са малко случаите, когато се е чакало да настъпи ноцта, за да се започне иззовването на ранените.

При битката за Сталинград ранените от града са били сгруппирани през деня на десния бряг на Волга в укрития, където са изчаквали настъпването на ноцта, за да бъдат прехвърлени на отсрецния бряг с идвачия за докарването на подкрепления воден транспорт.

МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА БОИ ПРЕЗ ЗИМАТА

Бойните действия през зимата имат редица особености, в повечето случаи затрудняващи работата на медицинската служба. Тия особености са ниската температура, наличността на снежна покривка, замръзналите пътища и удължаващото на ноцта.

При организирането на медицинското осигуряване на зимните действия на войските трябва да се счита, че зимата по правило изменя тактическите свойства на местността и местните предмети. Реките, езерата, блата се покриват с лед и стават проходими, населените пунктове, горичките и доловете загубват през зимата своите обикновени маскиращи свойства, но все пак имат голямо значение за войските и за тяхното разместяване.

Наличността на голима снежна покривка приковава до голяма степен войските към пътищата и ограничава тяхната подвижност. Поддържането проходимостта на пътищата понякога изисква много сили и време. В същото време зимата дава възможност за прекарване на нови — зимни пътища по най-късите направления. Зимата и замръзналата земя затрудняват много укрепителната работа, а снежната покривка действува демаскиращо, като единственото надеждно прикритие от въздушно наблюдение са най-вече иглолистните гори.

Зимният фон на местността е напълно изменичен и до голяма степен зависи от снеговалежите, ветровете и стопяването на снега. Ето защо маскировката през зимата трябва да бъде много гъвкава, а не шаблонна. Много пъти белите защитен цвят на някой предмет

не ще даде желания резултат, ако при сълнчево време неговата сянка пада на снега.

През зимата тъмното време се удължава чувствително, като понякога мъглите и снежните виалици налагат да се работи в условията на полуъмнина. Естествено това много затруднява работата на медицинската служба. Необходимо е да се отбележи, че благодарение на снежната покривка нощите са много по-светли, отколкото през лятото.

И най-сурьовите зими и с много дебела снежна покривка не изключват развитие на бойните действия и използването на всички родове войски. Наличността на снежна покривка дава възможност за широкото използване на скиорски отряди в частите и съединенията, като тия скиорски отряди могат да се използват за разузнавателни цели, обход, обхват, за обкръжение и за преследване на противника. Медицинското осигуряване на тия скиорски отряди поради самия им характер на действие е много трудно.

През зимния период е неизбежно увеличаването на енергозагубата поради допълнителното въздействие на студа и влагата. Недоброто организиране на храненето, на почивките, носенето на тесни обувки и облекло могат да окажат отрицателно влияние върху здравето и боеспособността на войските. Опитът от минавалите войни показва, че при недостатъчна подгответност на войските за зимни действия заболяемостта се повишава чувствително, а също така и случаите на измръзване.

Основни мероприятия, провеждани против измръзванията през зимата, трябва да се считат:

1. Съвременното снабдяване на войските с топло и достатъчно широко облекло и обувки.

2. Организирането на редовно поднасяна топла и достатъчно калорична и витаминозна храна с увеличена дажба мазнини и захар.

3. Организиране на полеви жилища и помещения за почивки и затопляне на бойците.

4. Провеждане на специална подготовка на войските чрез закалка и тренировка за бойни действия през зимата.

5. Провеждане на мероприятия по отводняването на окопите и поставяне на дървени скари за предпазването от влагата.

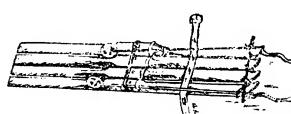
6. Провеждане на профилактични прегледи за откриване на физически слабите бойци, които трябва да се отстраняват от активни бойни действия, а така също да се отстранят от бойни действия през зимата бойците, прекарали наскоро тежко нараняване или заболяване.

7. Осигуряване на полевия караул, разузнавачите и секретните постове с добри зими обувки, пълноценна суща храна, грекии и концентрати.

8. Организиране на своевременното сменяване на бельото и провеждане редовно на санитарна обработка на бойците, тъй като зимните условия затрудняват изпиранието на дрехите им.

При организирането на медицинското осигуряване на бойците действията на войските през зимата винаги трябва да се има предвид големата опасност от измръзване както на здравите, така и на ранените, особено на последните. През зимата е особено затруднено издирирането, изнасянето и извозването на ранените, срещат се трудности в разъзването на медицинските пунктове и необходимостта да се работи при ограничена видимост както на бойното поле, така и в етапите на евакуация. При липсата на съответни мерки ниската температура довежда до замръзването и развалянето на редица медикаменти.

Опасността от измръзване и влошаване на общото състояние на ранените изиска ускоряването на тяхното издириране и изнасяне от бойното поле и своевременното им докарване в медицинските пунктове. За правилната организация на изнасянето на ранените трябва



Фиг. 29. Приспособяване на ски за извлечение върху тях на ранени

да се увеличи броят както на санитарите, така и на санитарите-носачи. За правилното изпълнение на задачите, поставени пред санитарите и санитарите-носачи, е необходимо те да бъдат снабдени с индивидуални средства за затопляне (химични греки), ватенки, одеяла и др. За облекчаване на тяхната работа те се снабдяват със ски-носачески приспособления, ски, разни влечила и др. (фиг. 29).

За навременно откряване на ранените е необходимо организирането на санитарни гребла, ако бойната обстановка позволява това, а за по-бързото им извозване назад е необходимо максимално приближаване на санитарно-транспортните средства до бойния ред.

Санитарният транспорт трябва да бъде отполен, снабден с одеяла, ватенки, химични греки и др. За съкращаването на евакуационните пътища е необходимо медицинските пунктове да се доближат до бойния ред. Самите етапи трябва да са с увеличена емкост, отоплени и снабдени с достатъчно запаси от отопливо и топли покривки.

Когато разстоянието между отделните етапи е по-голямо и за преминаването му е необходимо повече от един-два часа, то задължи-

телно се организират превързочно-хранителни и отоплителни пунктове. Тия пунктове се разполагат на средно разстояние между отделните етапи, като разделят преминащите ранени и болни топъл чай, а при необходимост правят и превързки, приемат ранените, за да се стоплат, и пр. Санитарният транспорт задължително се придвижва от санитар, който наблюдава за състоянието на ранените и предпазващимо им от замръзване.

За правилната работа и за предпазването на наблюдението на противника санитарите задължително се снабдяват с маскировъчни халати. При своята дейност на бойното поле те се затрудняват много от еднообразната снежна покривка и от това, че бойците и те са покрити с маскировъчни халати, което ги прави трудно забележими на снега.

При даването на първа помощ на бойното поле санитарят се затруднява от невъзможността да разголи широко наранената част на тялото, както това прави през лятото. Санитарът трябва да се стреми да разголи колкото се може по-малка част от ранения, като не го съблича, а разрязва дрехите или ботушите по ръбовете им. След налагането на превързката санитарът приглежда покрива оголеното място с дрехите на ранения.

При налагането на кръвоспиращи превързки най-добре е използванието на турникета, а още по-добре импровизирането на засуквачки (виж фиг. 30), тъй като турникетът понякога изпуска, а гумените маркучи се чуват от раниската температура. При наличност на ранен с множество наранявания по-целесъобразно е той да бъде извлечен до укритие или медицински пункт и там да се започнат мероприятията по даването му на първа медицинска помощ, тъй като в такива случаи често се налага почти цялостното му разгolvане.

При зимни условия създаването на „нисъда за ранени“ и настаниването в тях на ранени за по-продължително време е невъзможно и не бива да се допуска. За краткото престояване на ранените в ротните райони е необходимо бързо да се изграждат различни укрития от сняг във вид на снежни убежища, дупки, заслони, като за построяването им се използват клони, шума, сняг и др.



Фиг. 30. Засуквачки, напоjeni на ръката и на бедрото

За укриването на ранените може също така да се използват и окопите, и другите отбранителни съоръжения и ями от снаряди, като ранените се покрива с клони, слама, сено и др. и след това отсграничени се затрупва със сняг. Добри убежища за ранените са землянките и блиндажите, особено когато са отоплени.

За пълното разглеждане на етапите на медицинската евакуация е необходимо голяма загуба на сили и време за разчистването на снега, за окопаването, за забавянето на горивни материали и пр. За на временното извършване на тия мероприятия е необходимо изпращането на допълнителни хора, транспорт, шансеви инструменти, а понякога и инженерни подразделения за подпомагането на медицинската служба.

За правилната работа на етапите е необходимо да се осигури достатъчно място и отоплени помещения за настаниването на ранените, тъй като за разлика от лятото всички ранени трябва да се намират в отоплени помещения.

Често пъти зимните условия принуждават медицинските учреждения да се разгъват в населените пунктове. Тъй като населените пунктове през зимата са претъпкани от тилови учреждения и подразделения, то необходимо е да се иска от командването разрешение за заемането на най-добриите жилищни помещения за настаниването на ранените и болните.

Принудителното струпване на много хора на едно място през зимата и ограниченията възможности за редовната им санитарна обработка и сменяването на бельото създават условия за разпространяването на епидемии. Това налага внимателното наблюдаване за спазването на правила за лична и колективна хигиена, редовното сменяване на бельото, редовното провеждане на медицинско разузнаване и спазване на забраната за тесен контакт между бойците и местното население.

Поради еднообразното хранене на бойците през зимата винаги съществуват опасности от появата на хипо- и авитаминозни състояния, за което трябва да се вземат съответни мерки. Предлазни мерки трябва да се вземат и против сълънчевите офтальмити и кожните заболявания.

Трябва да се помни, че авитаминозните и хипоавитаминозните състояния, физическата и психичната отпадналост, пресните травми и кървозагубата са фактори, способствуващи за замръзването.

Организираното посрещане на зимата с предварителната подготовка на медицинската служба да работи в съответните условия ни гарантира правилната организация и провеждане на медицинското осигуряване на бойните действия на войските при зимни условия.

Глава XV

КРАТКИ СВЕДЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА В РОДОВЕТЕ ВОЙСКИ

МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА В БРОНЕТАНКОВИТЕ И МЕХАНИЗИРАНИТЕ ВОЙСКИ

Бронетанковите и механизираните войски като отделен род войска придобиха особено значение във Втората световна война, в която те биха употребени в целия мащаб. Въвеждането на този род войски наложи съвременните военни операции да се провеждат в голема дълбочина и войските придобиха голема ударна сила поради това, че те съчетават мощната отдача с бързото движение. Голямата им проходимост и броневата защита ги прави удобни за използване, особено в съвременните настъпвателни операции.

Бронетанковите и механизираните войски се използват във всички видове бой. В техния състав влизат танкови части и съединения, механизирана и моторизирана пехота.

Организацията на медицинската служба в бронетанковите и механизираните войски се подчинява на организацията на войските и начина на тяхното действие. Съставът на медицинската служба не се различава принципно от този в стрелковите подразделения и съединения, въпреки че притежава някои особености. Отделните звена на медицинската служба са наименани с оглед да се получи по-голяма подвижност на медицинските подразделения, което да отговаря на подвижността и маневреността на бронетанковите войски. Освен намаляването на числеността на медицинските подразделения те са снабдени и с моторен санитарен и друг транспорт, което създава подвижност и маневреност и на медицинската служба.

В състава на медицинската служба на бронетанковите и механизираните войски има: в танковия баталъон както в стрелковия полк има медицински техник, а в мотострелковия баталъон — лекар.

В танковия самоходен артилерийски полк началник на медицинската служба е старши полкови лекар. Под него разпореждане е пунктът за медицинска помощ на полка.

В танковата или механизираната бригада има медико-санитарен взвод с началник на службата — бригаден лекар, а в танковия

механизиран корпус — корпусен лекар, на когото е подчинен медико-санитарният батальон. В мотострелковите части организацията на медицинската служба няма особена разлика от тая на стрелковите части.

Медицинското осигуряване на бронетанковите войски се осъществява в извънредно трудна и сложна обстановка, която произтича от особеностите на действие на този род войски. Голямата маневреност, подвижност и стремителност налагат и на медицинската служба да бъде също подвижна и маневрена, за да може да следва войските в боя. Бойните действия на бронетанковите войски са характеризират с краткотрайност и голямо напрежение. Това налага медицинските пунктове да работят непрекъснато, а високите темпове на придвижване и голямата дълбочина на удара изискват от медицинските пунктове бързо да се греместят и разтъват на новите места.

При действие на голяма дълбочина в противниковата отбрана често се налага прекъсването на евакуацията поради голямата дължина на евакуационните пътища и наличността на неуничожени противнишки части. Това налага медицинската служба да има готовност да работи в условията на прекъсната евакуация. При всички бойни действия на бронетанковите войски трябва да се вземат сериозни мерки за охраната и отбраната на медицинските пунктове.

Поради голямата подвижност на бойните действия на бронетанковите войски поддържането на постоянна връзка с подчинените медицински служби се затруднява извънредно много, а поддържането на връзката е важно условие за работата на медицинската служба, особено при преместването на медицинските пунктове или когато се наложи преодърпването на силите и средствата в зависимост от конкретната обстановка. Връзката се поддържа чрез възможните на санитарния транспорт и чрез лъко ранените. Целесъобразно е използваването и на радиовръзката на командването.

Само подобното познаване на бойната обстановка и непрекъснатата връзка с подчинените, както и наличността на достатъчно резервни сили и средства дава възможност на медицинския началник правилно да организира и ръководи медицинското осигуряване на бронетанковите и механизираните войски.

Загубите на бронетанковите войски имат редица особености. Най-много наранявания има от парчета от снаряди, поради това че броневата защита е достатъчно моцно средство срещу нараняванията от куршуми. Броят на тежко ранените в сравнение с тия в стрелковите поделения и части е по-голям. Особено често се срещат тежките изгаряния, които се предизвикват при залавдането на танковете. При нараняването на танкистите преобладават нараняванията от вторични снаряди — парчета от бронята на танка или части от самия танк при попадение на снаряд вътре в него.

Във време на боя личният състав на бронетанковите войски в по-толятата си част действува на отделни групи — „екипажи“, поради което трябва да се събърне особено внимание на подготовката на този екипаж при оказване на самомомо и взаимопомощ, а така също хората от екипажа да уместят да извлечат ранените от бойните машини. В бойната машина трябва да има средства за извлечането на ранените. Преди започването на боя личният състав трябва да се окомплектува с лични превъзходни пакети, а бойната машина трябва да има аптечка за оказването на първа помощ.

При бойните действия на бронетанковите и механизираните войски поради голямата подвижност рядко се създават условия за разгърдането на медицински пунктове в батальоните. В танковия батальон през време на боя медицинският техник се намира в близост до пункта за наблюдение и свръзка при ремонтно-евакуационната група, като заедно с нея се приближава към повредения танк за оказване на медицинска помощ по възможност на самото място. Ако обстановката не позволява да бъде извлечет раненият от танка и да му се окаже помощ на бойното поле, тогава машината заедно с ранения се извлича в най-близкото укритие и там се оказва медицинска помощ или чак в пункта за първа техническа помощ. За евакуацията на ранените от бойното поле с разрешение от командира на батальона могат да се използват и резервни танкове. След оказването на медицинска помощ ранените се евакуират в полковия или бригадния медицински пункт със санитарно-транспортните средства на полка или на бригадата.

През време на боя медицинският техник на батальона, след като окаже медицинска помощ, се движи зад батальона заедно с ремонтно-евакуационната група по оста за свръзка и боенснабдяване на батальона.

В мотострелковия батальон по-често се създават условия за разгърдането на батальонен медицински пункт. В зависимост от конкретната обстановка той се разгърща в района на разположение на транспортния ешелон или в района на командния пункт на командира на батальона.

В направлението на настъпление на ротите може да се организира пост на автосанитарния транспорт. След оказването на първа лекарска помощ ранените се евакуират в бригадния медицински пункт.

Медицинската служба в танковия или мотострелковия полк разгъва полкови медицински пункт в района на първия тилов ешелон по възможност близо до съборния пункт за аварийни машини (СПАМ). В полковия медицински пункт на ранените и болни се оказва първа лекарска помощ, след което те се евакуират в бригадния или в корпусен медицински пункт със санитарно-транспортните средства на бригадата или корпуса. Старшият лекар на танковия полк организира

свръзката с пункта за наблюдение и свръзка в полка, откъдето той получава данни за мястото на повредените машини и необходимостта от санитарен транспорт.

Със средствата на медико-санитарния взвод в танковата бригада се разгръща бригаден медицински пункт (БрМП) в района на първия ешелон на бригадата. Бригадният медицински пункт предварително изпраща санитарно-транспортни средства към медицинските пунктове на частите за евакуация на ранените. Бригадният медицински пункт се разполага по възможност по-близо до съборния пункт за аварийни машини на бригадата. Обемът на медицинската помощ на бригадният пункт е разделен на обема на първата лекарска помощ. След даването на медицинската помощ ранените се евакуират в корпусния медицински пункт — КМП, или в дивизионния медицински пункт на стрелковите съединения. За евакуацията на леко ранените се използват разните транспортни средства, чрез които ранените могат да бъдат евакуирани направо в болницата за леко ранени на отделната армия или в болницата за леко ранени на танковата армия, ако има такава. Част от леко ранените могат да останат в бригадния медицински пункт до пълното им излекуване, обаче те трябва да бъдат ходещи ранени, за да не затрудняват преместването на пункта.

Силите и средствата на медицинската служба на танковия корпус са обединени в медико-санитарния батальон на корпуса. Медико-санитарният батальон разгръща корпусен медицински пункт (КМП).

Обемът на медицинската помощ и евакуацията на ранените и болните от корпусни медицински пункти и болничната база на танковата армия не се различава съществено от тези в отделната армия. Но поради характерната особеност на нараняванията в бронетанковите войски и като се има предвид, че танкистите са високо квалифицирани кадри, за чиято подготовка се изисква много повече време, то тяхното излекуване и обратно връщане в строй е важна задача на медицинската служба на бронетанковите и механизирани войски.

Най-благоприятни условия за медицинската служба на бронетанковите войски се създават тогава, когато те действуват съвместно с стрелковите части. В такива случаи бойните действия се водят с по-бавни темпове, които се определят от скоростта на движение на стрелковите части и съединения, а освен това от наличните медицински пунктове и учреждения на частите и съединенията се използват за евакуирането и лечението на ранените от бронетанковите войски. Това налага да се организира взаимодействие на медицинската служба на бронетанковите части с медицинските служби на стрелковите части, които носят отговорност за медицинското осигуряване на войските в тяхната посока на действие.

Когато бронетанковите войски действаут съвместно със стрелковите, медицинската служба на бронетанковите войски не разгърда медицински пунктове, а силите и средствата на медицинските служби на бронетаенковите войски се използват най-често за усиливането на общовойсковите етапи на медицинската евакуация или за ма- невриране пред време на бой.

При действие в дълбочина на противниката отбрана медицинската служба е принудена да носи със себе си всички ранени. Това е затруднително досят много и затова трябва към помощта на тиловите служби за возене на ранените или се иска срочно да се възстановят липсваша за свръквання за извозането им към член.

Поради факта, че бронетанковите войски първи стъпват на територията, заемана от противника, то организирането на медицинско разузнаване е задължително. Това ще налага поради опасността да попаднат първи в инфекционно огнище. Затова е необходимо медицинската служба на бронетанковите войски да има достатъчно средства за извршването на дезинфекция в огнището, на заразяването. Обикновено медицинската служба изолира огнището, като забранява какъвто и да било контакт с него, а неговото ликвидиране се провежда от медицинските служби на стрелковите части, които след тогава трябва да извършат дезинфекция.

За предпазване от заболяване на танкистите медицинската служба провежда редица мероприятия, които произлизат от особените условия на работа на танкистите и поради отрицателното влияние на тези условия за здравето на танкистите.

През време на движение на бойната машина във вътрешността на танка влиза непрекнато прах. Самата конструкция на танка трябва така да е устроена, че по възможност в него да влиза по-малко прах, а при необходимост танкистите да могат да използват промишлените противогази за предпазване от праха. При употреба от страна на противника на бойни отровни или бойни радиоактивни вещества танкистите трябва да си поставят противогази. При стрелбата в танка се събират доста неизгорели газове от барута, които имат горивен примес на въглекис. За вентилирането на танка трябва да се устройват вентилационни отвори или да се поставят вентилатори.

През лятото бойните машини се пренагряват, а през зимата силно се изстудяват. През лятото трябва да се осигури вентилация, а за през зимата — удобно и топло работно облекло.

Самият характер на работа на танкиста обикновено води до силното замърсяване на кожата му с минерални масла и др., които водят до появяването на кожни заболявания. Необходимо е строг контрол за провеждането на личната хигиена на танкиста. За предпазването на кожата от замърсяване трябва да се използват работни дрехи, а след работа танкистите трябва да се измиват с томла вода и сапун. Измиването с бензин, към което танкистите често прибегват, трябва да се избегва.

Като род войска бронетанковите войски придобиват все по-голямо значение, което значение в съществуналите бъдещи войни ще се увеличи поради способността от употребата на атомното оръжие. Имайки бронева защита и поради факта, че имат голяма подвижност, то те ще се използват в голям мащаб. Това налага основното изучаване както на тактиката на използването им, така и изучаването на тяхното медицинско осигуряване поради неговите особености.

ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОЕННО-ВЪЗДУШНИТЕ СИЛИ (BBC)

Военно-въздушните сили представляват отделен род войска в системата на организацията на армията. През годините на Втората световна война военно-въздушните войски се разраснаха и усъвършенствуваха неимоверно много. Те притежават голяма скорост на движение и са снабдени с най-модерни технически усъвършенствования.

В зависимост от назначението, за което авиацията се използва, нейното въоръжение и летателно-технически данни тя се разделя на: изтребителна, бомбардировачна, разузнавателна, съвърочна, транспортна и санитарна авиация.

Независимо от назначението на авиацията нейната организационна структура се характеризира с някои особености, които произтичат от начинът й на действие и тактико-техническите й особености.

Бойната единица в авиацията е отделният самолет с различен брой на членовете от екипажа му. Други бойни единици са: звено, ескадрилата, а няколко ескадрили съставляват авиополк. Такава е организацията на бойните подразделения на частите на военно-въздушните сили.

Освен строевите подразделения на военно-въздушните сили в техния състав влизат и тилови части, и съединения, наречени авиационно-технически. Дейността на тиловите части и съединения се базира на общовойсковия тил. Тийligt на военно-въздушните сили осигурява аеродрумното, квартирното и техническо обслужване на строевите части и съединения.

Медицинската служба на BBC влиза в състава на медицинската служба на въоръжените сили, обаче въпреки това тя

има своя организационна особеност. Организацията на медицинската служба на BBC се характеризира с това, че тя се разделя на медицински части и съединения. Летателният състав се осигурява в медицинско озношение от лекаря на летателната част, а така също и от лекаря на летателната част не разполага с материали за лечебно-профилактични и противоепидемични мероприятия, тъй като такава осигурява лекарят на наземната част.

В авиозвеното и ескадрилата медицински състав няма. В авиополка има старши полкови лекари на полка, в авиационната дивизия — дивизионен лекар. Старшият полкови лекар на авиополка организира и лично взема участие в медицинското осигуряване на личния състав на летателните части.

Медицинското осигуряване на летателния състав се състои в системното наблюдение на здравословното състояние на летците. Характерът на работата на летателния състав изисква от медицинската служба да се следи най-редовно за физическото и психичното състояние на личния състав преди излитане, през време на полета и след съвръшването му. Всяка най-малка промяна в състоянието на летец трябва навреме да се открие и да се вземат мерки за отстраняването на причините, които са предизвикали тези промени. При всеки нещастен случай е необходимо щателното изследване на причините, за мите могат да се направят съответните изводи и се вземат необходими мерки.

За системното и всестранно наблюдение на физическото и здравословно състояние на летателния състав към авиационно-техническите части се организират кабинети по авиационна медицина. Тези кабинети се подчиняват на начальника на медицинската служба на съответните съединения. В тях се организира контрол по тренировката на летците, изследвания на летци, които са прекарали травми и са на учет в кабинета, прави се основен анализ на причините за аварии и изучаването на физиологията и хигиенните фактори на бита, труда и почивката на летателния състав. Резултатите от направените проучвания на авиомедицинските кабинети служат по-нататък за проучването на мероприятия по подобряването на труда и бита на личния състав на BBC.

Лечебно-евакуационното осигуряване на BBC се осъществява от медицинската служба на отделните авиационно-технически части и съединения на аеродрумите, на които са базирани летателните части. За тази цел на аеродрума се разкрива медицински пункт. място за разкриването на медицински пункт се избира близо до командния пункт на аеродрума или в самото здание на ко-

мандния пункт. В медицинския лукт се разкрива най-малко две основни функционални поделения: приемно-сортировъчно и превързочко. Освен това в медицинския лукт на аеродрума трябва да се разкрие и изолатор за временната изолация на заразни болните до тяхната санација. На известно разстояние от аеродрума (1–2 км) в района на надземните части се разкрива войски лазарет и основният медицински пункт на аеродрума.

През време на всеки полет, учебен или боен, на аеродрума се организира медицински пост със задача да наблюдава полета и поддръжава връзка с командния лукт на аеродрума, да има готовност да се изнесе на мястото на кацането на самолета или падането му. В състава на медицинския пост на аеродрума влизат: медицински техник или медицинска сестра със санитарна машина.

Медицинският лукт на аеродрума се обслужва от лекари от авиополка, като за работа и дежурство се привличат медицински техник или медицинска сестра от състава на медицинската служба на наземните части. Снабдяването на медицинския лукт на аеродрума с медико-санитарно имущество се извършва за сметка на медицинската служба на наземните части.

Особеностите на лечебно-евакуационното осигуряване на ВВС се състоят в това, че в самолета не може да се окаче медицинската помощ. В повечето от случаите поради самото устройство на кабината на самолета и положението, което заема екипажът, не може да се окачи както самопомощ, така и взаимопомощ. Затова организацията на медицинската помощ на аеродрумите трябва да бъде такава, че да юстирира своевременно пристигане на санитарния състав на медицинския пост на аеродрума, на мястото на кацането на самолета, за да може своевременно да окаче медицинска помощ. При принудително кацане на самолета бързото отиване на медицинския състав на мястото е важно условие за спасяването на живота на ранените лесеци. След оказването на медицинската помощ на ранените те се евакуират в медицинския лукт на аеродрума, откъдето след оказването на медицинска помощ се евакуират в общовсесковите медицински заведения.

При организирането на медицинското осигуряване на военно-въздушните сили медицинската служба трябва да организира взаимодействието с медицинските служби на стрелковите поделения и части, в посоката на които действува летателната част. Поради това че принудителното кацане на самолетите става на различно разстояние от аеродрума, на който са базирали летателните части, то съответната медицинска служба не всяка е в състояние да се притече на помощ и да евакуира ранените лесеци. В такива случаи даването на медицинска помощ на ранените и тяхната евакуация се поема от медицинската служба на стрелковата част или съединение. По-нататъшно – оказване на помощ на ранените и тяхната евакуация се извършва по общите правила.

Оказването на квалифицирана медицинска помощ на ранените от ВВС се организира отделно от тях на другите родове войски. Личният състав на ВВС е с висока квалификация, а освен това условията на труд и бит при тях са особени и заболяванията, които пристичат от това, имат своя особеност. Понякога това налага продължително лечение в специални условия, и то от квалифициран медицински състав. Ранените и болните, които се нуждаят от специализирана медицинска помощ, се евакуират в специалните болници на авиаармии. Тези от ранените, които са попаднали на лечение в системата на общовсесковите медицински учреждения, се евакуират макар и по-късно в специалните болници.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОЕННО-МОРСКИТЕ СИЛИ

Военно-морските сили са съставна част от въоръжените сили на определена страна, които имат за цел да защищават интересите на тази страна на морския боен театър. Тази цел се постига чрез активни действия срещу флотата на противника в открыто море и по бреговете и против морските му бази. Морските сили могат да действуват самостоятелно, но често пъти и съвместно с военно-въздушните и сухопътните войски.

В съвременните условия на война военно-морските сили, както и военно-въздушните не са в състояние да решат изхода от войната. Победата се достига само по пътя на съвместни бойни действия.

Най-важни, а понякога и със стратегическо значение са самостоятелните бойни действия на флотата, които се свеждат до разрушаване на морските комуникации на противника или защитата на собствените брегове. Най-честите форми на съвместни действия на флотата и сухопътните войски са водните десантни операции.

Съвременните военно-морски сили се състоят от: надводни кораби, подводни кораби, морска авиация, брегова охрана, морска пехота и различните служби, които осигуряват техните действия. Военно-морските сили включват в себе си отдельни флоти и флотилии на съответната държава. всяка флота включва в себе си съединения от надводни и подводни кораби, морска авиация, брегова охрана, морска пехота и военно-морски бази. Орган за управлението на бойните и ежедневните действия на флотата е щабът на командацата на флотата.

Кораби от една класа се групират в определено тактическо съединение, което носи названието флотилия, бригада, дивизион, отряд и т. н. За линейните кораби и крайцеровите съединения е характерно преобладаването на артилерийско въоръжение; за ескадрените миноносци, торпедните катери и подводниците – въоръжението с

торпеда. Основни еднородни съединения са: за линейните кораби и крайцерите — бригадата, а за ескадрените миноносци и подводниците — дивизионът. За удобното изпълнение на бойните задачи (операции) се създават маневрени съединения, които се състоят от няколко еднородни съединения от кораби от различни класи и отделни кораби. Например към ескадрените миноносци се придават минозаграждатели, стражеви кораби и други.

Медицинска служба на военно-морските сили

Медико-санитарната служба на флотата има да осъществява следните задачи:

1. В областта на лечебно-евакуационните мероприятия: а) контрол за организацията на медицинската помощ на корабите и частите на военно-морските сили; б) евакуация на ранените и болните от корабите и частите в лечебните учреждения; в) оказване на квалифицирана и специализирана медицинска помощ на ранените и болните; г) окончателно излекуване на ранените и болните; д) евакуиране на ранените и болните в болничните морски съдове; е) усилване на медицинските служби на частите, болниците и военно-морските бази с лечебно-евакуационни средства.

2. В областта на профилактичните и противоепидемични мероприятия: а) провеждане на противоепидемични мероприятия във флотата; б) организиране и провеждане на медицинско разузнаване в районите на военно-морските бази; в) организиране и провеждане на медицински контрол за физическото състояние и бита на личния състав на военно-морските сили; г) евакуация на инфекционно болните от корабите и частите във флотските инфекционни болници.

3. В областта на медицинското снабдяване — подготовка и разпределение на имуществото и витаминните препарати.

4. По отношение на личния състав: а) окомплектуване на флотите и флотилиите с личен състав за медицинската служба; б) подготовка и повишаване на квалификацията на всички органи на медицинската служба; в) квалифицирана и специализирана медицинска помощ се оказва в лечебните учреждения на флотата и флотилията; г) всяка военно-морска база има своято лечебно учреждение — болница или лазарет. Някои от тях осигуряват само личния състав на базата, в която те са разположени. Към тая група се отнасят и лечебните учреждения, които се намират на острови или бази, разположени най-близо до линията на фронта, нямащи удобни пътища за евакуация на ранените.

В отделни моменти някои военно-морски болници, разположени в непосредствена близост на фронта (така например при обсадата на Севастопол, Одеса и др.), са получавали ранените след 15 — 20

минути, давали са им квалифицирана медицинска помощ и са провеждали лечението както на леко ранените, така и на тежко ранените до тяхното оздравяване, т. е. изпълнявали са едновременно функциите на мъдико-санитарен батальон, хирургична полева подвижна болница и тилова болница.

Специфичността на службата на корабите на военно-морския флот се отличава с това, че всеки матрос е специалист, подготовката на който е невъзможна за къс срок, затова е необходимо морякът не временно да се върне на кораба на най-къс срок след излекуването му. Затова през времето на Великата отечественна война на СССР на основните евакуационни пътища за ранените от различните флоти били поставени големи военно-морски болници, а в отделни случаи и евакуационни болници, подчинени на медицинската служба на флотата, приемащи всеки ранен или болен моряк, отправен към тила. В тях се провеждало лечението на ранените и изписването им към близкия флотски екипаж. Това лечение — от кораб към болниците на флотата и тиловите болници и пак на кораба, е разрешило въпроса за връщането на ценни специалисти във флотата.

Характерно за военно-морския флот е създаването на така наречените „мансовени групи“ от хирураци, санитарно-епидемични групи и маневрени групи по преливане на кръв. Тези групи, съставени от специалисти, играят огромна роля за доближаването на специализираната медицинска помощ до корабите. Хирургичните маневрени групи се използват освен за усилване на определено лечебно учреждение и за десантните операции. Санитарно-епидемичните маневрени групи се използват за извършване на медицинско разузнаване на новозаведите и освободените военно-морски бази.

Санитарно-транспортните средства, които се намират непосредствено в морето, езерата и реките, се отличават със значително разнообразие: от гребна лодка до големите санитарно-транспортни съдове. На големите кораби се устройват превързочни и операционни, като на кораба се придава медицинско, санитарно и домакинско имущество и продоволствие, необходими за обезвеждане на ранените за няколко денонощия. Предвид на значителната опасност от подводниците и авиацията на противника санитарните катери са се използват най-широко. В условията на конкретна обстановка тия морски съдове са били единствените средства за евакуация (поради авиацията на противника) на ранените в тиловите болници.

В никон случаи на оперативно-тактическа обстановка не е възможно да се използват морски санитарни съдове и затова се приближава към военните кораби от различни класи — от линейния кораб до подводниците. Често може да се използват и крайцерите, ескадрените миноносци, миноносците и минонощачите.

Санитарно-профилактичните и противоепидемичните мероприятия, които се провеждат в корабите, имат съществено значение за съпаването на техния личен състав от избухване на епидемии. В корабите винаги съществува голяма опасност от епидемии, тъй като има голямо струпване на хора. Затова санитарният надзор за разместяването, водоснабдилиято и храненето на командите играе голяма роля в системата на мероприятията по борба с инфекционните болести.

Основните противоепидемични учреждения се намират към съответните болници. За създаването на по-голяма подвижност на тия учреждения са се изградили по-горе споменатите маневрени санитарно-епидемични групи, а за лечението на заразни болни се разкриват инфекционни болници.

За предпазването от пренасянето на заразни болести от една морска база към друга в пристанищата се изтрягват санитарно-контролни пунктове, които осъществяват санитарно-епидемичния контрол по пътищата на движението на корабите.

Снабдяването на медицинската служба на военно-морските сили с медико-санитарно имущество се различава от това на сухопътните войски. Флотите и флотилиите по линията на медико-санитарното снабдяване получават само медицинско имущество и витамини. Снабдяването със санитарно-домакинско имущество се осъществява чрез пристанищата от интендантската служба.

За снабдяването на всяка флота с медицинско имущество има един общофлотски склад, обикновено разположен в главната морска база и получаващи медицинско имущество от централните медико-санитарни складове. Също така всяка военно-морска база има свой склад за снабдяването на корабите, военно-морските части и бреговите лечебни заведения.

Ръководството на медицинската служба на всяка флота се осъществява от начальника на медицинската служба на флотата (флотилията). Той е непосредствено подчинен на командацията на флотата, а по специалността си — на начальника на медицинската служба на военно-морския флот. Апаратът на начальника е медицинският отдел на флотата. При начальника се намират флагмански специалисти: терапевт, хирург, епидемиолог, инфекционист, токсиколог и съдебно-медицински експерт.

В своята работа начальникът на медицинската служба на флотата поддържа непрекъсната връзка с щаба на флотата, като получава от него съдействие за оперативната обстановка, и с начальника на тила на флотата — по въпросите за снабдяването със санитарно-домакинско имущество, продоволствие и помощ при евакуирането на ранените към болниците.

Медицинско осигуряване на корабите

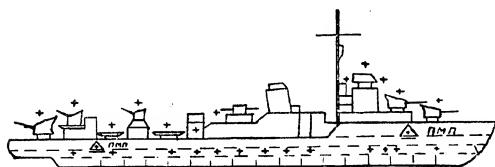
Военните кораби имат най-различно устройство, а в зависимост от класата те имат и различни медицински служби. Класата и устройството на кораба имат голямо значение за неговото медицинско осигуряване. Едни от корабите са постоянно обитаеми, каквито са например големите надводни кораби, други са временни обитаеми, каквито са подводниците, а трети — необитаеми, каквито са торпедните катери, чийто персонал престоява на тях само по няколко часа. Корабът е разделен чрез хоризонтални подове, които го разделят на редица етажи, наречени палуби. На големите кораби палубите обикновено са три — горна, долнна и средна. Помещенията, които са построени на най-горната палуба, се наричат надстройки и рубки (кабини). На долната палуба са разположени платформи за построяване на тежки механизми. Вертикалните прегради на корабите могат да бъдат главни и второстепенни. Главните се делят на водонепроницаеми, които се осигуряват герметично за претраждането на кораба при аварии и пробиви. Те пък се делят на дебели стени, задържащи големи водни маси, и тънки стени. При бойна тревога всички водонепроницаеми прегради се затварят и съобщението между отделните помещения се прекратяват. Това важи и трябва да се предвидва за осигуряване на медицинска помощ за всеки отсек.

Помещенията, разположени на палубите, се съобщават с коридори и врати, които обикновено са тесни и неудобни за пренасянето на ранените на носилки. Помещенията, разположени на различните палуби, се съобщават с лукове, шахти и корабни стълби. Люкзвете са обикновено водонепроницаеми и от тях водят тесни и извити стълби. Шахтите водят към дълбоките помещения на кораба и имат стълби, а от долните скоби. Това нещо затруднява извънредно много изнасянето на ранените от долните палуби и ниските помещения.

Настаняването на личния състав на корабите зависи от величината и вътрешното устройство на кораба. В надводната част на кораба се настаняват личният състав в каюти. Обикновено команда на кораба се настанява в специални помещения на долната палуба.

Корабите с голим тонаж — линейни, крайцери и др., които имат екипажи с численост от 600 до 2000 души, имат в състава на медицинската служба от 2 до 4 души лекари, толкова медицински техници. Медицинската служба на тия кораби разполага с лазарет, операционна, амбулатория, рентгенов кабинет, стоматолог, лаборатория и аптека. Всичко това се разполага на един отсек, и то в средата на кораба, където людеснето е най-слабо. Медицинската служба се ръководи от начальник, в подчинение на когото се намират лекарите, медицинските техники и санитарите. При бойна тревога на разпореждане на медицинския начальник се придават санитари-носачи, комплек-

тувани от матроси, нямащи бойни назначения, музиканти, писари и др. При бойна тревога командният пункт на медицинската служба се разгъва в лазарета, а един запасен медицински пункт — в кают-компанията и трети медицински пункт — в една от кубриките — например агитпункта (виж фиг. 31).



Фиг. 31. Схема за разположението на постовете за първа помощ и постовете за медицинска помощ на ескадрен миноносец

Първата помощ на ранените се дава на мястото на нараняването, където се намират постовете за първа помощ (ППП).

Постовете за първа помощ се намират в различните отсеки при бойните постове, прислужата на оръдията, погребите, механизмите и пр. Тези като при даването на бойна тревога всички водонепроницаеми прегради се спускат и матросите остават изолирани по бойните си места, то изнасянето на ранените много често може да се съществува след съвршването на боя. Затова ППП имат изключително значение за първата медицинска помощ (виж фиг. 32).

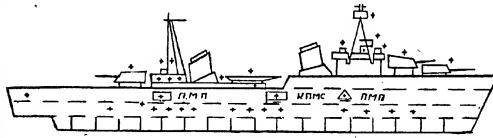
Във всяко помещение на кораба, където при бойна тревога се намират хора, се организира пост за първа медицинска помощ. Той се осигурява с определен комплект медицинско имущество (виж фиг. 33). С това имущество работят определени лица, наречени бойни санитари. Това са матроси, които имат бойно назначение, но освен това при необходимост изпълняват и задълженията на санитар, за които те прекарват предварително обучение.

Помощта, която се оказва на поста за първа помощ (ППП), е следната:

1. Даване на морфии в таблетки или подкожно, като за целта се използват специални тубики със стерилни игли (виж фиг. 34).
2. Правене на стерилна превръзка на раната и при изгаряне.
3. Налагане на кръвоостаняща превръзка.
4. Налагане на прости имобилизации приспособления.
5. Първична обработка при употребата на бойни отровни вещества или на атомна енергия.

На всеки боен пост има санитарно сандъче или санитарна чанта за първа медицинска помощ. Вътре в сандъчето, в специални преградки, се намират медикаментите и различните предмети, с които се работи бойният санитар.

Макаро, на която лекарят или медицинският техник оказват помощ, се нарича пост за първа помощ (ППП).



Фиг. 32. Схема за разположението на постовете за първа помощ и постовете за медицинска помощ на крайцер

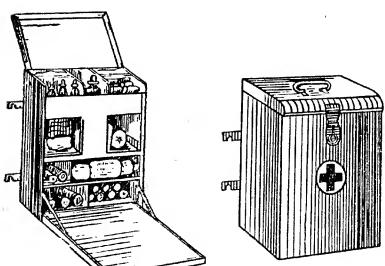
Тези постове се разгъват обикновено в агитпункта, кают-компанията, кубриките и др. На тези постове за медицинска помощ независимо от това, дали работи лекар или медицински техник, медицинската помощ, която се дава от тях, има следния обем:

1. Подкожно слагане на морфин.
2. Фиксиране на езика при счупване на долната челюст.
3. Въвеждане на канюла при нараняване на трахеята.
4. Масивна превръзка при отворен пневмоторакс.
5. Провеждане мероприятия по борбата с шока — наркотици, алкохол, сърдечни средства и локот.
6. Налагане на кръвоостаняща превръзки.
7. Поправка на превръзките, наложени в поста за първа медицинска помощ.
8. Имобилизация със стандартни шини при счупвания на кости на крайниците.
9. Катетеризация на пикочния мехур или пункция при необходимост.
10. Обработка на поразените от бойни отровни вещества или лъчиста енергия.

Опитът показва, че ранените на кораба обикновено се намират в силно психично възбуждение, което се поражда от струпвалето на много ранени на едно място, стоновете на ранените и виковете за помощ и изпърсването на палубите, дрехите и превръзочните материали с кръв. Затова работата на лекаря не е само да дава медицинска помощ, а да успокоява и ободрява ранените. Много пъти оказването

на медицинска помощ остава на втори план пред успокоителните и ободрителни думи и увереността, с която ще работи лекарят.

След свършването на боя, ако на поста за медицинска помощ има доста ранени, то лекарската помощ се ограничава само в неотложни мероприятия, като трахеотомии, оперативни интервенции при отварен пневмоторакс, снемане на кръвосиращите превръзки, преливане на кръв и слагане на профилактични серуми. Освен това ранените трябва да се регистрират и сортират. Пълните операции се извършват на самия пост, а по-тежките се извършват в главната операционна на кораба, в която работи квалифициран лекар. Работата на допълнителните медицински постове се ограничава, докато се освободят от ранените, които се концентрират на основните постове за медицинска помощ, където работят лекари.



Фиг. 33. Кутии и имущество за първа помощ в отсеките на големи боен кораб

Ако ранените не могат да бъдат евакуирани от кораба към брега до 6 – 12-ия час, то след оказването на първата лекарска и хирургична помощ по жизнени показания обикновено се пристъпва към сложни операции, в които се включват: отваряне на корема, първична обработка на отвори на открити сечупвания, първична обработка на раните при поразяване от стойки бойни отрови и др.

На корабите с по-малък личен състав – от 200 – 400 человека, обикновено се полага по един лекар. Обемът на медицинската помощ е същият, какъвто е при големите кораби. Помощта, която дават бой-



Фиг. 34. Туба с морфин, напираща се в кутиите за първа помощ, за подкожно въвеждане

ните санитари, същата, а лекарят и медицинският техник обикновено се извикват там, където има ранени, а това облегава транспортировката. На тия кораби обикновено се разгъват два медицински поста: един, на който работи лекарят, и друг, на който работи медицинският техник. Това е удобно с оглед на това, че нерядко още при първите попадения на кораба се уничожава единият медицински пост с целия му състав. Ако на кораба няма медицински техник, то трябва да се разкрига запасен медицински пост, на който да се премества лекарят при унищожаването на първия медицински пост. Тия медицински постове се разполагат: единият на носовата част на кораба, а вторият – на кърмовата.

На корабите със състав по-малък от 200 человека обикновено има само медицински техник. Той трябва добре да е подгответ да налага превръзки, да прави имобилизации, кръвосиращи превръзки, подкожни инжекции, да прави имобилизация със стандартни шини, фиксация на езика, въвеждане на трахеална канюла при нараняване на трахеята, да затваря скритите пневмоторакси и пр.

На корабите, на които гораздо малък брой личен състав няма медицински органи, каквито са торпедните катери, катерните миночинства и др., помощ на пострадалите се дава от бойните санитари, ако има такива, или от самите матроси във вид на само- и взаимопомощ. За да могат моряците да си дават първа медицинска помощ, то на кораба задължително трябва да има сандъче или санитарна чанта за първа помощ с необходимото имущество.

Вътрешнокорабна евакуация

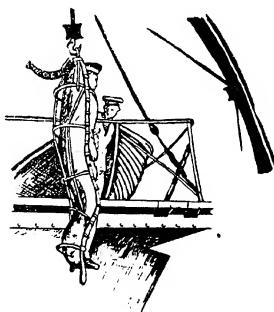
Устройството на корабите затруднява извънредно много сва-
куациите на ранените. Целта на евакуацията е доставяне на ранените от мястото на нараняването му до поста за първа медицинска помощ, а оттам – до поста за медицинска помощ, а при случай на разтоварване до борда на кораба, приемащ ранените, или до пристанището. Евакуацията в кораба може да бъде хоризонтална или вертикална. Пътищата за евакуация не са дълги (ако се вземе предвид дължината на големите кораби, които е средно 200 метра), но са много трудни, тъй като се правят при всевъзможни неудобства, извики, тесни коридори, стълби, шахти и др.

Съгласно корабното разписание при всеки пост на медицинската помощ има по едно или двеносачки звена. Броят на звената средно трябва да е 2 % от броя на личния състав на кораба. След даване на бойна тревога всички водонепроницаеми прегради се затварят, което затруднява много евакуацията, а понякога я прави невъзможна и се чака спиращето на боя, за да се изнесат ранените. Шом се появи ранен на бойния пост, то веднага се изпращат санитарите-носачи, за

там. Санитарите-носачи работят със специални носилки, като на Щиле или пакетните носилки (виж фиг. 35). Тези носилки са единствено улодии, защото раненият се прикрепва много задраво към тях, а това позволява неговото пренасяне и неговото издигане от долните палуби



Фиг. 35. Носилката на Щиле с прикрепен към нея матрос



Фиг. 36. Спускане на ранен матрос от боен кораб на транспортен с помощта на носилката Щиле

към горните. За издигането му се използват различните подемни приспособления на кораба (виж фиг. 36). Същите носилки се използват за прехвърлянето на ранените от един кораб на друг. При това прехвърляне е задължително завързането на носилката с въже за направяване и поддържане, за да не падне във водата. При пренасянето от един кораб на друг се използват двойните носилки за едновременно прехвърляне на двама ранени.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА ВОДНА ТРАНСПОРТИРОВКА НА ВОЙСКИ

При извършването на водни десанти е необходимо превозването на голям брой войскови части и съединения. Със съвременните големи транспортни средства могат наведкъж да се превозят до 13000 души с въоръжението им, обоза, боеприпасите и пр.

Различаваме три вида транспортировка: 1) кратковременна – за не повече от 12 часа; 2) средна – от 12 часа до 3 денонощица, и 3) дълга – повече от 3 денонощица.

За средните и дългите транспортировки се използват пътнически, товарно-пътнически и товарни кораби. Най-удобни са товарно-пътническите, тъй като имат места за настаняването на личния състав и място за бойната техника.

При натоварването се съобразяваме, че на 1,4 – 1,75 нето тона от кораба се пада по един боец. Почти винаги е необходимо да се поставят допълнителни отходни места, като се пресметне на 50 человека една точка; същото важи и за училищниците. Количеството вода, която е необходимо за транспортировката, се определя от нормата б литра на ден за пиеене и пригответие на храната. Ако се прибави и водата, необходима за мисене, пране и пр., са необходими около 50 литра вода на ден за един боец. За измиването на баки и пр. с топла вода се изчислява на 100 человека 25 литра.

При средните и дълги преходи задължително се организират помещения за лазарети, изолатор и амбулатория. На всеки ешелон се назначава лекар от медицинската служба на частта, която се превозва. Лекарят следи за доброкачествеността на продуктите, за санитарното състояние на кухнята, взема всички мерки за предпазване от епидемии и за спазването на личната и колективната хигиена.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ НА ПОСТРАДАЛИТЕ ПРИ ДЕСАНТНИ ОПЕРАЦИИ

Водният десант може да бъде пъверсионен, тактически, оперативен и стратегически в зависимост от поставените пред него задачи.

Медицинските загуби при десантните операции могат да бъдат значителни – до 50 %.

При стоварване на десанта на брега има няколко тактически момента. В началото се прави стоварването на подразделения за замане на полоса за прикриването на десанта. Първите стоварени войски обикновено не дават големи загуби. За намаляването на тия загуби трябва да се вземат мерки да са снабдени със спасителни пояси, жилетки и други индивидуални спасителни средства. Помощ на първите стоварени на брега ранени най-често се оказва в

поръчка на само- и взаимопомощ и в по-малко случаи се дава помощ от санитарите. На плавателното средство, с което ранените се превозят на брега, има боен санитар със санитарна чанта, а към всяко стоварено подразделение си има щатен санитар или санитарен инструктор.

В този период на десанта е възможно само налагането на обикновена превръзка. Ранените се отнасят към естествените укрития на местността и се евакуират обратно с празно връщащите се плавателни средства на кораба.

След първите части, стоварени на брега, следва по-голямата част от силите на десанта, които имат задача да заемат достатъчен плацдарм за главните сили на десантната операция и да се придвижват в дълбочина. След тях следват главните сили на десанта и на края – тилът.

С всяко бойно подразделение се стоварва и неговото щатно медицинско подразделение. Така при стоварването на ротата с нея следва санитарното отделение, което се придвижва с ротата напред и дава първа помощ на пострадалите и изнася ранените от боя.

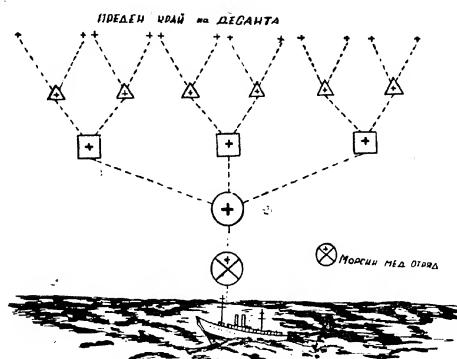
Заедно с батальона се стоварва и медико-санитарният взвод, който разтваря батальонния медицински пункт, който има за задача да изнесе ранените от рогите и да им окаже долекарска медицинска помощ.

Едновременно със стоварването на медико-санитарния взвод на батальона на брега се стоварва и санитарно-евакуационен пост (нешатен) от състава на морски медицински отряд, който приема ранените от батальонния медицински пункт и се разполага по-близо до брега. Той има за задача да евакуира ранените до корабите. В първия момент на десанта обикновено се евакуират само тия ранени, които са могли самостоятелно да се доберат до брега.

Евакуациите се извършват с обратно връщащите се лодки, които отиват да вземат нови войски. Обикновено се наблюдава, че ранените попадат не на тия кораби, на които биха могли да получат квалифицирана медицинска помощ. Затова в санитарно-евакуационния пост се извършва сортировка, и то такава, че тия ранени, които се нуждаят от квалифицирана медицинска помощ, да попаднат на тия кораби, на които ще могат да я получат.

При достатъчно разширяване на десантната операция се стоварват и медико-санитарните роги, които разгъват полкови медицински пунктове, а след тях следва ще се стоварват на медико-санитарния батальон на дивизията. По това време санитарно-евакуационният пост вече не е в състояние да изпълнява функциите си поради много го ранени, които се събират, и затова на неговото място се разкрива нещатният морски медицински отряд, който поема задачата да сортира и товари ранените на обратно връщащите се плавателни

съдове. Понякога, когато в него пристигнат ранени, на които не е оказана медицинска помощ, такава помош ранените получават в него (вж. схема 37).



Фиг. 37. Схема за организациите на медицинската помощ на ранените при воден десант с разкриването на морски медицински отряд

Организацията на медицинското осигуряване на военно-морски сили е много своеобразна и коренно се отличава от медицинското осигуряване на всички останали родове войски. За неговото правилно организиране медицинските работници във военно-морските сили трябва да имат добра предварителна подготовка.

МЕДИЦИНСКО ОСИГУРЯВАНЕ НА АРТИЛЕРИЯТА

Медицинското осигуряване на артилерийските части и съединения се осъществява от медицинските служби на съответната част или съединенията. В артилерийската дивизия има фелдшер, а понякога и на някои батареи може да има санитарен инструктор. В артилерийския полк има лекар и подразделения на медицинската служба на полка (медицински пункт); в артилерийската дивизия има дивизионен лекар и необходимите сили и средства за оказване на квалифицирана медицинска помощ.

Медицинското осигуряване на артилерийските части и съединения се организира самостоятелно само в тези случаи, в които на определен участък от фронта има съсредоточени големи количества артилерия.

Артилерийските части и съединения действуват в тиловия район на стрелковите поделения и медицинското осигуряване най-често се организира съвместно с това на стрелковите части. Това налага ръководството на медицинското осигуряване на артилерията да се осъществява от медицински началник на стрелковите части в района, в който действува артилерията. Целесъобразно е силите и средствата на артилерийските части да не разгръщат свои медицински пунктове, а да се използват за усилване на медицинските пунктове на стрелковите части и съединения или за маневриране с медицинските пунктове на стрелковите части.

В артилерийските войски загубите обикновено са по-малки от тези на стрелковите части и това улеснява медицинското осигуряване на артилерията, затова и съставят на медицинските служби на артилерийските части и съединения е значително по-скратен, отколкото в стрелковите. Всички мероприятия по медицинското осигуряване на артилерията са аналогични на тези при стрелковите части. Тук трябва да се обърне внимание на това, че и най-малката повреда на слуховия орган пречи значително на службата в артилерията. Затова при заболявания или наранявания в областта на слуховия орган ранените трябва да бъде евакуирани от артилерийската част. Освен това съвременната артилерия използва редица усъвършенствувания и апаратура, което налага използването на смазочни материали, поради което е необходимо да се вземат мерки за редовното излизане на бойците с топла вода. В противен случай се крие опасност от развитието на кожни заболявания сред артилеристите. Също така трябва да се вземат мерки против отравяне от експлозивните газове, ако се създават условия за тяхното задържане в мястото на артилерийските позиции.

Глава XVI

КРАТКИ СВЕДЕНИЯ ЗА МЕДИИНСКАТА СЛУЖБА НА ОТДЕЛНАТА АРМИЯ

Отделната армия е оперативно обединение на един или няколко рода войски. В зависимост от състава на родовете войски, които влизат в отделната армия, има общовойскова армия, танкова, въздушна и др.

Тъй като отделната армия се състои от армейските тилови части и учреждения и от тиловия район на армията, който е определен за тиловите учреждения. Границата на тиловия район се определя от към фронта със задна граница на общовойсковия тилов район, а откъм тила — с предната тилова граница на фронта. Ширината на тиловия район зависи от ширината на фронта на армията, а дълбината зависи от оперативната залаца, която има армията, пътищата за подвъз и евакуация и т. н. Дълбочината се колебае от 50 — 100 км, а в съвременната война може да достигне и до 200 — 300 км.

Медицинската служба на отделната армия се състои от медицинските служби на съединенията и частите, които влизат в състава на армията, и армейските медицински учреждения и подразделения.

Организацията на медицинската служба на отделната армия се оформи в Съветската армия в началото на Великата отечественна война на СССР и пропължи да се развива в хода на самата война за да отговаря на съвременните изисквания за водене на война. За да може една съвременна отделна армия да бъде осигурена правилно и своевременно в медицинско отношение, то организацията на нейната медицинска служба трябва да сочива на същите принципи и форми, които имаше медицинската служба на отделната армия в Съветската армия, като се отчете характерът на съвременната война.

Пред медицинската служба на армията стоят важни задачи по лечебно-евакуационното осигуряване, санитарно-профилактичното и противоепидемичното, противобактериологичното, санитарно-химичното и противогазовото, снабдяването и полготвоката на личния състав на медицинската служба.

Задачите на лечебно-евакуационното осигуряване се осъществяват, като медицинската служба организира евакуацията на ранените и болните от медицинските пунктове на състава.

диниците и частите в армейските медицински учреждения. За провеждането на евакуацията по назначение медицинската служба организира разгъръщането на специализирани медицински учреждения, в които се оказва квалифицирана и специализирана медицинска помощ на ранените и болните и подготвята им за по-нататъшна евакуация. В армейските медицински учреждения се организира болничното лечене на тези ранени и болни, които временно не подлежат на евакуация, и лечението на голяма част от леко ранените за повече от 30 дни. Освен това медицинската служба организира евакуациите и товаренето на ранените и болните при евакуациите им във фронтовите медицински учреждения. За правилната и своевременна евакуация към войсковите съединения и части се изпращат санитарно-транспортни средства за усилване на тяхните медицински служби.

За осъществяването на санитарно-профилактичните, противоспидемичните и противобактериологичните задачи медицинската служба организира медицинско разузнаване на района на разположение на войските и в тиловия район. При организирането на медицинското разузнаване се използват всички достъпни средства за изясняването на санитарно-епидемичното състояние на района и войските, включително и на територията, заета от противника. Медицинската служба следи за спазването на личната и колективната хигиена и провежда контрол за бита и физическото състояние на личния състав на армията, а така също и за евакуациите на инфекционозо болните.

По отношение на санитарно-химичната и противоатомната защита медицинската служба на армията организира санитарно-химичното и радиационното разузнаване и лечебно-евакуационното осигуряване на поразените от бойни отровни вещества и атомно оръжие.

Пред медицинската служба на армията стои и задачата да организира снабдяването с медико-санитарно имущество на медицинските служби на съединенията и частите и медицинските учреждения, за което се организира приемането, регистрацията, съхранението и разпределението на медико-санитарното и санитарно-домаќинското имущество, сапуна и витамините. Освен това организира събирането и провеждането в известност и използването на трафейното медико-санитарно имущество.

По отношение на личния състав медицинската служба на армията организира отчета на целия личен състав на медицинската служба, както и повишаването на квалификацията и подготвката на сержантски състав на медицинската служба.

За осъществяването на тези задачи медицинската служба на армията разполага с достатъчно сили и средства. Към силите и средствата с които трябва да разполага медицинската служба на отделната армия, се отнасят:

I. Лечебни учреждения:

- а) хирургични полеви подвижни болници (ХППБ);
- б) терапевтични полеви подвижни болници (ТППБ);
- в) инфекционни полеви подвижни болници (ИППБ);
- г) болница за леко ранени (БЛР);
- д) евакоприемник (ЕП);
- е) евакуационна болница (ЕБ);
- ж) сортирачка евакуационна болница (СЕБ).

Тези лечебни учреждения осигуряват организацията и провеждането на квалифицираната и специализираната медицинска помощ в армейския тилов район.

Хирургичните полеви подвижни болници (ХППБ) се използват най-често в първия ешелон на болничната база и когато на дивизионни медицински пункт се очаква постъпването на голям брой ранени, една част от ХППБ се изпращат напред и образуват ХППБ от първа линия. ХППБ са такива лечебни учреждения, които могат да се придвижват самостоятелно със собствен транспорт и да се разкриват в полеви условия, тъй като те разполагат с галатьчен фон.

Терапевтичната полева подвижна болница (ТППБ) е предназначена за лекуването на болните, които също могат да се придвижват самостоятелно. Тя се разгърща в собствени галакти в полеви условия.

Евакоприемникът (ЕП) представлява полево подвижно учреждение и се разгърща за приемането на леко ранените и болните от войсковия район и тежко ранени и болни от медицинските учреждения на армията. Евакоприемникът се разгърща с оглед за евакуациите на ранените от първия ешелон на армейската болнична база към втория ешелон или за евакуация във фронтовата болнична база. Медицинската помощ в евакоприемника се свежда до поправка на някоя превързка без хирургична интервенция. Понякога към евакоприемника освен превързочна се организира и операционна, и то в такива случаи, в които обстановката позволява. Мистото, където се разгърща евакоприемникът, е обикновено в близост до железнодолни становища, като в такива случаи се организира и приредят приемници.

Евакуационната болница (ЕБ) е армейско медицинско учреждение от общ тип за лекуването на ранени и болни. Евакуационната болница не може самостоятелно да се придвижи, поради това че тя не разполага със собствен транспорт. Тя се разгърща в населени места и ползва местните жилищни помещения, а когато се наложи да се премества, обикновено ползва железнодолния превоз.

Евакуационната болница не се използва като болница от общ профил, но по изключение може да се използува и като такава. Най-често евакуационната болница се специализира, като към нея се изпращат съответните специалисти, и в такива случаи тя се използва

като хирургична евакуационна болница (ХЕБ) или терапевтична евакуационна болница (ТЕБ). Освен това в евакуационната болница може да има отделно специализирани отделения или цялата да е специализирана, напр. неврохирургична, кожно-венерична и др.

В зависимост от функциите на евакуационните болници те могат да бъдат и сортировъчни (СЕВ), и контролно-евакуационни болници (КЕБ). Когато няма контролно-евакуационни болници, то техните функции могат да се поемат от сортировъчните болници.

Освен специализацията на евакуационните болници такава специализация се прави и на полевите подвижни болници с групи от специалисти, с които разполага началникът на медицинската служба на армията. Тези групи са обединени в специално медицинско подразделение към медицинската служба и се нарича отделна рота за медицинско усиливане (ОРМУ). По такъв начин ХППБ стават специализирани полеви подвижни болници (СППБ), като в зависимост от изпратените специалисти може да бъде за наранявания на главата и гръбначния стълб (неврохирургия), за големите кости и ставите (ортопедия) и др.

Болница за леко ранени (БЛР) – използува се за лекуването на леко ранени и може да се разгръща при всякакви условия – в населени пунктове или в полеви условия.

Медицински разпределителен пост (МРП) – изпраща се на няколко километра от болничната база по евакуационните направления със задача да разпределя пристигащите ранени и болни от войсковите райони в лечебните учреждения на армията.

Освен тези учреждения медицинската служба на армията търбва да разполага, още с патологоанатомична лаборатория (ПАЛ), център за кръвопреливане и полеви армейски медико-санитарен склад (ПАМОС).

ТРАНСПОРТНИ СРЕДСТВА – КОННО-САНИТАРНА РОТА И АВТОСАНИТАРНА РОТА (КСР И АСР)

В състава на конно-санитарната рота влизат санитарни линейки, четириколки и санитарни двуколки. Понякога конно-санитарната рота може да бъде окомплектувана с обикновени каруци, които дават възможност за по-голяма подвижност и преминаване на ротата по всякакъв вид пътища. Използването на конно-санитарния транспорт най-често се прилага в предните звена на медицинската служба, обаче при гористо-планински терен и при липса на шосейни пътища конно-санитарната рота може да се използува и за евакуация на по-големи разстояния. В такива случаи етапите на медицинската евакуа-

ция се приближават на максимално близки разстояния до бойния ред на войските. Когато обаче разстоянието е по-голямо, целесъобразно е разкриването на медицински подкрепителни пунктове по пътищата на евакуация, които да могат да оказват медицинска помощ и да раздават топла храна на преминаващите ранени и болни.

Характерно за конно-санитарния транспорт е това, че той е бавно подвижен и с малка товароподемност, затова най-често се използува за усилването на предните звена на медицинската служба и за вътрешнопунктово превозване на ранените.

Въпреки че съвременната война изисква приложението на бърз моторен санитарен транспорт, което се обуславя от развитието на техниката и широката пътна мрежа, все пак не можем да отхвърлим конно-санитарния транспорт, тъй като в отделни случаи, например в условията на силно пресечена местност, той има редица предимства пред моторния. Това налага неговото използване и в евентуалните бъдещи воини.

Автосанитарната рота е мощно обединение на моторни транспортни средства, които се използват за усилването на общовойсковите медицински служби за евакуация на ранените и болните от войсковите райони до болничната база на армията. В съвременните войни автосанитарният транспорт придобива все по-голямо значение и той продължава да се усъвършенствува и развива. В него се включват обикновените автосанитарни средства, санитарни автобуси и товарни коли, които се приспособяват за евакуация на ранените и болните.

Освен тези санитарно-транспортни средства към медицинската служба на армията е необходимо да има и военно-санитарна летучка (ВСЛ).

Противоепидемични учреждения в армията:

1. Санитарно-епидемичен отряд (СЕО).
2. Инфекциозно полева подвижна болница (ИППБ).
3. Обмивично-дезинфекциозна рота (ОДР).
4. Полеви-банен отряд (ПБО).
5. Полеви-перален отряд (ППО).
6. Санитарно-контролни пунктове (СКП).
1. Санитарно-епидемичният отряд в армията е основно противоепидемично учреждение, което осъществява противоепидемичните и санитарно-хигиените мероприятия, съчетани с лабораторни изследвания. Пред санитарно-епидемичният отряд стоят следните задачи: а) провеждане на противоепидемични мероприятия и контрол за провеждането на такива мероприятия в частите, съединенията и медицинските учреждения; б) санитарно-епидемично наблюдение на територията на армията; в) разработка на материали по епидемичното състояние на войските и на местното наблюдение

на района на армията за използването им от началника на медицинската служба на армията; г) разработка на планове по профилактичните мероприятия; д) медико-санитарен контрол по водоснабдяването и храненето; е) провеждане на бактериологични, хигиенични и химични анализи и индикации за бойни отровни вещества и ж) ръководство на противоепидемичната работа на лекарите в съединенията, частите и учрежденията и непосредственото участие в противоепидемичната борба в инфекционните огнища.

В състава на санитарно-епидемичния отряд влизат базови и подвижни лабораторни отделения. Базовите лабораторни отделения са снабдени с възимо имущество. Подвижните лабораторни отделения са обзаведени и окупилствани с имущество, което позволява да се разгръща в подвижни помещения и лаборатории. Най-често подвижните лабораторни отделения разполагат с автолаборатории, които позволяват да се провеждат изследвания на мястото, където се възникнала епидемията. В лабораториите на санитарно-епидемичния отряд могат да се извършват санитарно-хигиенни и бактериологични изследвания. Автолабораториите се обслужват от двама лекари — бактериолог (епидемиолог) и хигиенист, и един лаборант. Освен това към санитарно-епидемичния отряд има специалисти лекари — епидемиолози, бактериолози, хигиенисти, инфекционисти и др. През време на отбранителни боеве санитарно-епидемичният отряд придвижва спомощества подвижни следелания във войсковия район и се привръща към съединение. Това улеснява ръководството на противоепидемичната работа в частите и съединенията.

При настъпление подвижните разузнавателни групи от санитарно-епидемичния отряд следват зад настъпващите части, провеждайки санитарно-епидемично разузнаване, и ликвидират откритите епидемични огнища. Наред с тона подвижните отделения на санитарно-епидемичния отряд изпълняват и санитарно-хигиенни и противоепидемични мероприятия в частите и съединенията. В настъплящия бой санитарно-епидемичният отряд най-често се разделя, като подвижните лабораторни отделения следват частите, а базовите — обслужват армейския тир.

Освен провеждането на противоепидемичните мероприятия сред войските санитарно-епидемичният отряд провежда и мероприятия по санитарното оздравяване на населените пунктове, разположени по основните комуникации. В него се завършва и почиства квалификацията на бактериолозите и епидемиолозите на съединенията и на старшите полкови лекари. В санитарно-спидемичният отряд се подготвят и необходимите лаборанти за инфекционната полева подвижна болница и за медико-санитарните батальони.

Инфекционната полева подвижна болница (ИППБ) е армейско лечебно учреждение, предназначено за изолация

и лечение на инфекционно болните от състава на армията. Един от основните принципи за предпазване и борба с инфекционните заболявания е изолирането на болните и тяхното лечение на място, т. е. там, където се намира боецът в момента на заболяването, или в най-близкото до тях лечебно учреждение. Лекуването на заразни болните на място изключва тяхното превозване и с това се намалява възможността за разсаждането на инфекцията. Наличността на специализирани болници за инфекционно болни дава възможност да се осъществи евакуацията на инфекционно болните „по назначение“, като се избегва спирането им по другите етапи на медицинската евакуация и с това се намалява възможността за разсаждането на заразата.

През времето на Великата отечественска война на Съветския съюз инфекционната полева подвижна болница е представявала учреждение с емкост от 100 легла, разполагащо с възможност да се разделя на две отделения, за две отделни инфекционни заболявания. В отделни периоди на войната се случвало инфекционната полева подвижна болница да приема много повече болни от нейните възможности. Освен в някои случаи се налагало да се приемат повече от два вида инфекционни заболявания. Това показва, че организационно-штатната структура на болницата трябва да бъде такава, че да може при необходимост да обслужва повече от два вида инфекционни заболявания. Освен използването на инфекционната полева подвижна болница за изолация и лечение на заразни болните за същата цел могат да се използват и терапевтичните болници, като към тях се изпращат специалисти инфекционисти, а терапевтичната болница приема режим на инфекционна.

Обикновено инфекционната полева подвижна болница се разкрива в армейски тир, и тя най-често извън населените пунктове, близо до евакуационните пътища, като обикновено ползува общия евакуационен път, а по изключение може да се отдели самостоятелен път, както за особено опасни инфекции.

Евакуацията на инфекционно болните от изолаторите на частите и съединенията се извършва със специален транспорт, който се изпраща от инфекционната болница. Транспортьт трябва да бъде закрит, а през зимата освен това и задължително отоплен. Придвижват транспорта с инфекционно болните трябва да разполага с необходимите средства и имущество за обслужването на болните, а също така и за провеждането на текуща дезинфекция. В една санитарна линейка може да се превозят болни само от един вид заболявания, като след вски ръц е задължително се извърши дезинфекция на транспортичното средство, а медицинският орган, който придвижва транспорта, се подлага на санитарна обработка.

При възникването на големи епидемии или заболявания от особено опасни инфекции инфекционната болница се придвижва и се

разкрива на мястото на възникването на инфекцията независимо от това, къде се намира това място, даже и във войсковия район.

Инфекциозната полева подвижна болница е крайен етап в евакуацията на инфекциозно болните. Масова евакуация от инфекциозната болница към тила може да бъде разрешена само в изключителни случаи, и то най-често принудително, поради напускането от войските на територията, на която са били дотогава. В обикновените случаи зад пределите на инфекциозната полева подвижна болница се евакуират към тила само хронично противящи инфекции и техните усложнения (бручелоза, текка малярична хакексия и др.).

Когато възникне необходимост за преместването на инфекциозната полева подвижна болница към тила, необходимо е да се вземат мерки за предотвратяване разпространението на инфекцията. Обикновено болните от един вид заболявания се поставят в един ешелон и се отправят към тила; при неизвъзможност за спазването на този принцип може да се организират смесени ешелони, като разбира се, във всяка машина се поставят болни само от един вид заболявания.

Инфекциозната полева подвижна болница играе важна роля в противоепидемичната борба на медицинската служба на армията, като се свързва с обслужващите войскови части и съединения и им помага в организирането и провеждането на противоепидемичните мероприятия. Пред болницата се поставят следните задачи: а) да евакуира болните от изолаторите на частите със собствен санитарен транспорт; б) да обеззаразява транспортните средства и да проведе санитарна обработка на персонала, който го придвижва; в) приемане и санитарна обработка на болните, обеззаразяване и дезинфекция на личните вещи на болния и провеждането на текуща дезинфекция в самата болница; г) по възможност бързото поставяне на диагнозата на заболяването и осигуряването на специализирана медицинска помощ; д) своевременното сигнализиране в поделенията на болните и медицинския отдел на армията за диагнозата на заболяването; е) даване на указания на медицинската служба за по-нататшното наблюдение на оздравителите или за продължаването на неговото лечение.

За да осъществи тези свои задачи, инфекциозната болница трябва да държи тясна връзка с останалите противоепидемични учреждения на армията. Ръководството на инфекциозната полева подвижна болница трябва да се взлага на армейския (фронтовия) епидемиолог, за да може най-правилно да бъде използвана.

В състава на болницата се разкриват обикновено две или три клинични отделения, приемници със санитарен пропускник, бактериологична и клинична лаборатория, аптека, домакински подразделения, взвод за обслужване и команда за оздравявания.

Мястото за разкриването на инфекциозната болница трябва да бъде изолирано от големите населени пунктове, да е сухо и по въз-

можност на възхищение, залесено, далеч от водохранилища и др. Ако съществува възможност за използването на местни жилищни постройки, то те трябва предварително да бъдат почистени и дератизирани — включително и района.

Редица специфични особености на особено опасните инфекции, (холера, чума) могат да предизвикат необходимост да се създадат специални болници за особено опасни инфекции, които се окомплектват с най-добри и високо квалифицирани лекари.

Целият персонал, който обслужва болните в инфекциозната болница, се намира под карантина.

В условията на съвременната война, когато опасността от прилагането на бактериологичното оръжие като средство за масово унищожаване е много вероятна, инфекциозната полева подвижна болница има да играе решителна роля в запазването на войските от епидемии.

3. Обмивъчно-дезинфекциозната рота представлява противоепидемично учреждение на армията, което има за задача да провежда санитарна обработка и дезинфекциция на войсковите части и съединения при епидемични показания. Тя е снабдена с автомобилни дезинфекциозни камери и автодушови инсталации. Придава се към армията (фронт) по една или по няколко в зависимост от обстановката. Опитът от Великата отечествена война на Съветския съюз показва, че обмивъчно-дезинфекциозната рота не може да се използува в участъка на полка поради близостта на артилерията на противника. Обмивъчно-дезинфекциозната рота намери голъмо приложение по основните участъци на военните пътища при действия на Съветската армия, като се е използвала за санитарна обработка на войските, наричани се в движение. В периодите на настъпателните боевые и операции е била използвана за санитарна обработка и на местното население. Най-често тя се е разполагала в близост до воден източник и се разкривала в собствени палатки, като работата в нея се е осигурявала по поточна система (виж схемата).

4. Полевият банен отряд (ПБО) е предназначен за санитарната обработка на личния състав на частите и съединенията. Той разполага с примитивни технически съоръжения, които могат да се пренасят и отрядът може да работи даже и в района на баталиона, като провежда санитарна обработка на самата бойна линия. Полевият банен отряд се намира под ръководството на армейския (фронтовия) лекар, но може да се прилага и на войсковите части и съединения. Разполага с казани за запояление на водата, дезинфекциозни машини с топъл въздух и друго имущество (бръсначи, сапун и пр.) и се настичва най-често в землини или маesta, а понякога и в палатки. За разгръщането му са необходими 1–2 часа и има пропускателна способност до 500 человека на денонощие.

5. Подевинт перален отряд (ППО) играе важна роля за изпиранието на бельото на бойците и може да осигури до 24% пране на бельото от необходимото. Той се разполага обикновено между две съединения, за да може едновременно да обслужва и двесте. Снабден е с полумеханизирани ръчни машини за изпиране, казани, ръчни цедачки, ръчни гладачници и др. Обикновено се разгъща в жилищни помещения или в палатки. Поради изразходването на много вода при прането необходимо е той да се разполага в близост до големи водоизточници. Освен това той трябва да разполага с необходимото количество обменен фонд бельо (5000 комплекта). След изпиранието на бельото то трябва да се импрегнира с ДДТ. За превозването на отряда трябва да се използват автотранспортни средства или конен транспорт.

6. Санитарни контролни пунктове (СКП). Те се организират най-често по големите шосейни и железопътни пътища, където става превозването на войски, и имат за задача да контролират санитарно-епидемичното състояние на преминаващите войски, като при необходимост могат да спират преминаващите ешелони за извършване на санитарна обработка. Санитарно-контролните пунктове разполагат с необходимите мотодезинфекциозни камери за извършване на дезинфекция, дезинсекция и санитарна обработка на преминаващите войски. СКП е важно звено от противоепидемичните учреждения за предпазването на войските от проникването в тях на инфекция и най-важното за предпазването на фронта от проникването в него на инфекция или за разпространяването ѝ от фронта към тила.

За правилната организация на противоепидемичната работа в отдалната армия е необходимо всеки медицински началник да знае санитарно-епидемичното състояние на своята част или район, с която цел е необходимо провеждането на непрекъснато разузнаване.

* * *

Ръководството на медицинската служба на армията се осъществява от началника на медицинската служба – армейски лекар, който е подчинен на началника на тила на армията. По специалността си армейският лекар се ръководи от началника на медицинската служба на фронта. За правилната организация на своята работа началникът на медицинската служба е длъжен да поддържа постоянна и тясна връзка с щаба на тила, от който получава сръднировка за оперативната и тилова обстановка. С щаба на тила той съгласува местата за разгъщането на медицинските учреждения на армията, пътищата за евакуация на ранените и болните, използването на пазарни връзки за транспорт и други подобни въпроси.

Началникът на медицинската служба на армията представя на щаба на тила данни по медицинското осигуряване на армията, които е необходимо да бъдат включени в общия план за осигуряването на

бойните действия. Също така той представя на началника на тила разделя по медицинската служба в заповедта по тила и тиловите щанди, необходими на началника на тила при локализирането на състоянието на тила пред командвания.

Опитът показва, че за най-важните моменти от подготовката и воденето на операциите командваният армията изиска лично доклад от началника на медицинската служба по организирането на медицинското осигуряване. Това налага армейският лекар да поддържа непрекъсната връзка и с щаба на армията, особено с оперативния отдел, за да може да получава редовно ориентирана по медицинската обстановка.

Към армейски лекар трябва да има заместник по политическа част, който да осъществява партийно-политическата работа сред работниците от медицинската служба. В подчинение на армейския лекар е необходимо да има медицински отдел в армията, в който да влизаат следните отдели: лечебно-евакуационно, противосидемично, кадрово и медицинско снабдяване. Освен това трябва да има специалисти: хирург, терапевт, епидемиолог и др., които подпомагат началника на медицинската служба на армията в провеждането на лечебно-профилактичните и др. задачи, които стоят пред медицинската служба. При необходимост от най-добрите лекари на болничната база или от медицинските поградозеления за усиливане се назначават неизвестни армейски специалисти, като окулист, незропатолог и др.

За да може правилно да се осъществи ръководството на медицинската служба, армейският лекар освен връзката, която поддържа с началника на тила, е необходимо да поддържа такава връзка с командирите на войсковите съединения, за да може най-правилно да използува дивизионните средства на медицинската служба в общото осигуряване на армията. От друга страна началникът на медицинската служба на армията трябва да поддържа връзка с началниците на различните служби, като интенданската, железопътната, финансова и др., за правилното организиране на взаимодействието с тях при медицинското осигуряване на армията.

Средствата, които се оставят на разположение на армията и организацията на лечебно-евакуационното осигуряване зависят от конкретната оперативна обстановка. Така например в периода на маневрената обтока във Великата отечествена война на съветските народи в разпореждане на армейски лекар са били оставяни само известен брой полеви подвижни учреждения, а останалите средства на медицинската служба са били централизирани в ръцете на фронтовата медицинска служба. В този период на войната най-важната задача на лечебно-евакуационното осигуряване е била бързата евакуация на ранените от войсковия и армейския район, поради което редица задачи на медицинската служба на армията са се осъществяват

вали от медицинската служба на фронта (специализираната медицинска помощ).

Съсъсем другояче е било организирано лечебно-евакуационното осигуряване на армите при преминаването към решителното настъпление. Били са създадени мощни болнични бази на армите, като освен ППБ са били включени евакуационни болници. Тези средства са били необходими, за да се приближат квалифицираната и специализираната медицинска помощ към настъпващите войски.

За оказване специализирана помощ медицинската служба на армията организира болнична база на армията (ББА), която обединява всички лечебни учреждения на армията без ХППБ от първа линия. Разположението на лечебните учреждения на ББА може да бъде в един или в няколко района. В зависимост от това, дали лечебно-евакуационното осигуряване се организира по едно, или повече евакуационни направления, и от дълбочината на армейския тилов район както в изходно положение, така и при развитието на бойните действия може да има най-различни случаи за организацията на ББА. Тя може да се организира в един или два ешелона, което ще рече, че по едно евакуационно направление лечебните учреждения на ББА се разполагат в два последователни района. При организиране на лечебно-евакуационното осигуряване на армията по две евакуационни направления първият ешелон на ББА може да бъде организиран отделно по двете евакуационни направления, а вторият ешелон да бъде организиран в район, където се събират пътищата от тези две направления.

Първият ешелон на ББА се състои предимно от полеви лечебни учреждения: ХППБ, ТППБ, ИППБ, БЛР и ЕП. Той се разполага обикновено на шосе или пътища за съобщения или в района на някоя разтоварна станция. Отдалечаването на този ешелон от линията на фронта е било средно 15—25 км. Специализацията на медицинската помощ се организира главно със силите и средствата на ОРМУ, която има специализирани хирургични групи. За регулиране на евакуациите по назначение от войсковите съединения и части пред първия ешелон в район, където се събират пътищата от ДМП, се организират пещатни медицински разпределителни постове (МРП), които въз освещават правилното разпределение на медицинската документация и състоянието на евакуираните гри насочват строго по назначение в съответните лечебни учреждения на първия ешелон.

Лечебните учреждения на първия ешелон на ББА са осъществявали:

1. Оказване специализирана медицинска помощ.
2. Приемане за окончателно лечение на леко ранените, които могат да бъдат върнати в строя до 30 дни.

3. Приемане болни за установяване на диагнозата и лечението на тези от тях, които могат да бъдат върнати в строя в по-кратки срокове.

4. Временна госпитализация на нетранспортабилните.
5. Лечение на инфекциозно-болни.

Вторият ешелон на ББА се разкрива в армейския тилов район, обикновено в района на станциите за снабдяване, но в някои случаи и на шосейни пътища. В неговия състав също така влизаат полеви лечебни учреждения, БЛР, но същевременно се включват и евакуационни болници (съответно специализирани) и понякога една сортиrovъчна евакуационна болница. Както се вижда, профилированата на болници от втори ешелон е същата както на болниците от първи ешелон. Вторият ешелон им за задача да приеме ранените от първи ешелон, да задържи тези, които не трябва да излизат извън района на армията, и да подгответ сваюванията към фронтовия тил.

Разполагането на лечебните учреждения на болничната база на армията в групи под общо ръководство има редица преимущества: облекчава се използването на санитарния транспорт и транспорта на подвоза за евакуация на ранените, опростява се евакуациите по назначение, създават се благоприятни условия за взаимна материална и консултативна помощ между лечебните учреждения, за противоепидемична защита на същите и тяхната охрана и отбрана. Освен това се осигуряват по-добри възможности за рационално използване на щатния транспорт на учрежденията за снабдяването им, за превозване на ранените и болните, за преместването на лечебните учреждения, а също така се облекчава ръководството на лечебните учреждения.

Ръководството на дейността на ББА се възлага на управление то на полевия евакуационен пункт (ПЕП). Той обединява полевите подвижни и лечебно-евакуационни учреждения на ББА, санитарно-транспортните и други средства под общо ръководство. Ръководството на групите лечебни учреждения на първи ешелон обикновено се възлага на управление на членно отделение на полевия евакуационен пункт (ЧОПЕП). ЧОПЕП представлява обединена група от лечебни учреждения на армията, санитарно-транспортни и други средства, изнесени на шосейните пътища или на стика на шосейните и жп пътища за евакуация.

Ръководството на работата на силите и средствата на медицинската служба, които са отделени за осигуряване бойните действия на войските по даденото направление, обикновено се възлага на един началник на евакуационното направление. За такъв началник може да бъде определен началникът на полевия евакуационен пункт, началникът на централното отделение на полевия евакуационен пункт или на

специално съставена за целта евакуационна група по разпореждане на армейския лекар.

Противоепидемичното осигуряване на войските на армията цели да не допусне проникване и развитие на инфекционни заболявания. За тази цел районите за разположение и действие на войските се подлагат на непрекъснато проучване и наблюдение и се създава контрол на движещите се войски и гражданско население от тила към фронта и, обратно, от войсковия район към армейския тилов район. Организацията на противоепидемичните мероприятия по армейските комуникации във войските, по цялата територия на армейския тилов район, по етапите на медицинската евакуация и пр. целят създаването на мощнa бариера за непроникване на инфекционни заболявания от гражданско население във войските, от една част в друга, от един район в друг, а там, където се откроят тинки заболявания, бързо да се изолират и ликвидират преди развитието им в епидемии.

Организацията на медицинското осигуряване на армията е сложен и разнообразен процес, поради което се налага точно планиране на медицинското осигуряване. Планирането е един от най-важните раздели от управлението на медицинската служба в армията.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. С. Георгиевски — Основы на организацията и тактиката на медицинската служба в Советской армии, II издание, ДВИ, 1954 г.
2. Е. И. Смирнов — Выводы по организации и тактике на санитарной службы, превод, Леком, 1947 г.
3. Е. И. Смирнов — Советские военные врачи в Отечественную войну, Москва, "Советская наука", 1916 г.
4. Энциклопедический словарь военной медицины, Государственное издательство медицинской литературы, 1948 г.
5. Большая советская энциклопедия, т. I до т. 29.
6. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне, Медгиз, Москва, 1941—1945 г.
7. Н. Н. Савицкий — Частная патология и терапия поражений боевыми огнем и взрывами веществами, издание III — Наркомздрав, СССР, 1941 г.
8. Еланский — Военно-полевая хирургия.
9. И. В. Сталин — Выводы на ленинизма.
10. И. В. Сталин — За великата отечествена война.
11. П. В. Сталин — Марксизът и въпросите на езикознанието, издание БКП, 1952 г.
12. Ейтельс — Диалектика природы, Оиз, 1948 г.
13. Военно-медицинское дело (Военно-санитарное дело), списание от 1947—1951 г.
14. И. А. Минкевич — Учебник по инфекционни болести, превод от руски, издание Фонд военно-медицинского дела, 1950 г.
15. Л. С. Фридлянд — По дорогам науки, издание Советская наука, Москва, 1954 г.
16. И. А. Науменко — Атомната енергия и нейното използване, превод от руски, издание ДОСО, 1955 г.
17. Н. Р. Петров — Шок и коллапс, издание Всесоюзной медицинской академии, Ленинград, 1947 г.
18. М. М. Розентал — Марксистски диалектически материализъм, издание на БКП, 1953 г.
19. Н. И. Пирогов — Севастопольские письма и воспоминания, издание Академии наук СССР, 1950 г.
20. Н. Н. Бурденко — Собрание сочинений. Академия наук, т. I до т. 6, 1952 г.
21. М. И. Борсуков — Великая Октябрьская социалистическая революция и организацията на советското здравоохранение, Медгиз, 1951 г.
22. МНО — Танковъ бой, 1950 г.
23. Ф. Ф. Андреев и Б. В. Пунин — Организация хирургической помощи
24. П. В. Коларов — Организация на хранеопитоването.
25. М. М. Гуревич — Ръководство за епидемии полофицери. Библиотека за военни учебни помагала.
26. Б. Е. Панкратьев — Хирургия военно-полевых повреждения груди, II издание, 1949 г.
27. И. В. Дренски — Записки по история на военното изкуство, част I, 1948 г.
28. Ф. Ф. Андреев и Б. В. Пунин — Организация хирургической помощи на военно морской флоте, Ленинград, 1947 г.

29. Е. Каменов — Бактериологична война, дисертация, 1954 г.
 30. Л. Инфелд — Атомна и водородна бомба, списание „В защита на мира“ (на руски), бр. 3, 1953 г.
 31. Г. Покловски — Ударна вълна, в. „Красная звезда“, бр. 106 — 6. VI. 1951 г.
 32. М. Архипов — Светлинно излъчване, в. „Красная звезда“, бр. 108 — 8. V. 1954 г.
 33. А. Седов — Проникваща радиация, в. „Красная звезда“, бр. 112—13. V. 1951 г.
 34. А. Седов — Радиоактивни вещества, в. „Красная звезда“, УУД от 118 от 20. V. 1951 г.
 35. В. Левников — Радиоактивни излъчвания, в. „Красная звезда“, бр. 123 от 26. V. 1954 г.
 36. А. Глушко — Използване защитните свойства на местността, в. „Красная звезда“, 201 от 25. VII. 1954 г.
 37. А. Глушко — Инженерно оборудване на местността, в. „Красная звезда“, бр. 202 от 26. VIII. 1954 г.
 38. А. Дорофеев — Радиационно разпознаване, в. „Красная звезда“, бр. 252 от 23. X. 1954 г.
 39. П. Каменка — Дезактивация и санитарна обработка зиме, в. „Красная звезда“, бр. 25.
 40. А. Иванов — М. Фоменко — Санитарна обработка и дезактивация на облеклото, в. „Красная звезда“, бр. 304 от 24. XII. 1954 г.
 41. П. Налуменко — Дозиметрически контрол, в. „Красная звезда“, бр. 259 от 31. X. 1954 г.
 42. Куршаков — Остра лъгва болест, в. „Медицински работници“, бр. 74—54 г. кн. I, 1955 г.
 43. Гамелия Донски — Остра лъгва болест, сп. „Военно-медицинско дело“, 1955 г.
 44. Ройнов — Особености в противницето и терапията на раните при комбинирани поражения, Военно-медицински журнал, бр. III, 1955 г.
 45. За никакън взглед на САЩ по тактиката на сухопътните войски в условията на употребата на атомното оръжие, в. „Красная звезда“, бр. 40 от 17. II. 1955 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

Предговор	5
Увод	7
ОБЩА ЧАСТ	
Глава I. Организация и тактика на медицинската служба	15
Предмет и метод	15
Задачи на организацията и тактиката на медицинската служба	20
Съдържание на организацията и тактиката на медицинската служба	21
Роля и място на организацията и тактиката на медицинската служба	22
Глава II. Задачи, организация и състав на медицинската служба във военно време	24
Особености в дейността на медицинската служба във военно време	30
Глава III. Организация на лечебно-евакуационното осигуряване	32
Военни загуби и тяхната класификация	32
Системи за лечебно-евакуационно осигуряване	36
Характерни особености на системата „стапено лечение с евакуация по назначение“	40
Сортиранка на районите и болните	48
Организация на медицинската евакуация	51
Етап на медицинската евакуация	54
Глава IV. Организация на противоепидемичното осигуряване на армията	57
Видове спийтарно-спидемични състояния	65
Някои основни въпроси на бактериологичната война	67
Възможности за прилагането на бактериологичното оръжие	69
Глава V. Организация на санитарно-химичната защита при употребата на бойни отровни вещества и атомно оръжие	75
Организация на медицинското осигуряване при употребата на бойни отровни вещества	75
Организация на медицинското осигуряване при употребата на атомното оръжие	79
Глава VI. Организация на медико-санитарното снабдяване във военно време	84
Органи и бази за снабдяване	84
Видове медико-санитарно имущество	85

Изисквания спрямо медико-санитарното имущество	85
Характерни особености в организацията на медико-санитарното снабдяване във военно време	87
Глава VII. Медицинско разузнаване	89
Глава VIII. Управление на медицинската служба	98
Основи на управление на медицинската служба	100
Възможни на решения по медицинското осигуряване	102
Маневъръ със силите и средствата на медицинската служба	106

СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

Глава IX. Основни положения по медицинското осигуряване на отбранителния и настъпвателния бой	111
Медицинско осигуряване на отбранителния бой	111
Медицинско осигуряване на отбраната	113
Медицинско осигуряване при маневренна отбрана	115
Медицинско осигуряване на настъпвателния бой	117
Глава X. Медицинско осигуряване на стрелковата рота	122
Състав, задачи и стъкмиване на санитарното отделение на ротата	122
Задачи на командира на санитарното отделение	123
Редът на работа на ротните санитари	124
Извличане на ранени до местата за укриване или до „гнездата за ранение“	128
Работата на санитарното отделение на ротата в отбранителния бой	130
Работата на санитарното отделение в условията на настъпвателния бой	131
Глава XI. Медицинско осигуряване на стрелковия баталон	135
Състав, задачи и стъкмиване на медико-санитарния взвод	134
Баталлонен медицински пункт (БМП) — място за разкриването му и функционални площиадки	136
Задачи на баталонния медицински пункт	137
Обем на докторската медицинска помощ	138
Организация на изяснянето и извозването на ранените от ротните райони до баталонния медицински пункт	139
Пост на санитарния транспорт	142
Медицинско осигуряване на стрелковия баталон в позиционна отбрана	145
Медицинско осигуряване на стрелковия баталон в настъпвателния бой	146
Глава XII. Медицинско осигуряване на стрелковия полк	148
Организация, състав и задачи на медицинската служба в стрелковия полк	148
Медико-санитарна рота — състав, стъкмиване и задачи	149
Полков медицински пункт (ПМП)	150
Обем на работа и обем на медицинската помощ на полковия медицински пункт	155
Организация на евакуацията на ранените и болните в стрелковия полк	156

Медицинско осигуряване на стрелковия полк в отбранителния бой	158
Медицинско осигуряване на стрелковия полк при настъпвателния бой	161
Глава XIII. Медицинско осигуряване на стрелковата дивизия	163
Организация, състав и задачи на медицинската служба в стрелковата дивизия	165
Дивизионен медицински пункт (ДМП)	166
Обем на медицинската помощ в ДМП	172
Организация на медицинското осигуряване на стрелковата дивизия	174
Глава XIV. Медицинско осигуряване на бойни действия в особено случаи	178
Медицинско осигуряване бойните действия на войските в планинско-гористо място	178
Особебости по медицинското осигуряване на бой в голям населен пункт	183
Медицинско осигуряване на мори със срещен бой	187
Медицинско осигуряване на войските при форсиране на река	192
Медицинско осигуряване на бойни действия през онзица	195
Медицинско осигуряване на бой пред зимата	198
Глава XV. Кратки сведения за медицинската служба в родовете войски	203
Медицинската служба в бронетанковите и механизирани войски	203
Основни положения по медицинското осигуряване на военно-въздушните сили (ВВС)	208
Организация на медицинското осигуряване на военно-морските сили	211
Медицинска служба на военно-морските сили	212
Медицинско осигуряване на корабите	215
Въздушно-корабна евакуация	219
Медицинско осигуряване на водна транспортирана на войски	221
Организация на медицинската помощ на пострадалите при десантни операции	221
Медицинско осигуряване на артилерията	223
Глава XVI. Кратки сведения за медицинската служба в отделната армия	225
Литература	239

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА
НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА

Редактор : мед. л-р **Николай Г. Тончев**
Техн. редактор : **М. Тодорова** коректор : **Ек. Йнакиева**
Художник на корицата : **П. Петрунов**

* * *
Печатни коли : 15,25

Издателски коли : 15,25

Дадена за набор на 22. X. 1955 г.

Подписана за печат на 16. XII. 1955 г.

* * *

Формат 65-92-16, тираж : 2057, изд. № 5014-II-5.
Книжно тяло 610 лв., полуцврти 230 лв., цена 8-40 лв.

по ценопразнине от 1955 г.

Издание на Държавно издателство „Наука и изкуство“
Печатница „Лючо Стеданов“ — София 921, 1955 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА НА МЕДИЦИНСКАТА СЛУЖБА
Допуснати греки

Стр.	Ред	Напечатано	Да се чете	Наименование
18	3	Симирнов	Симирнов	и-цата
67	19	Е. К. Каманов	Е. К. Каменов	автора
70	13	и закъсняване на организираната борба с епидемията	да се използува най-вече	и-ната
72	7	войтейнери	срещу мирното население	
113	30	санитарен	коитейнери	и-ната
120	14	лекарската	медицински	автора
120	34	ри	докторски	
162	24	по най-важното в съвременния бой остава	се	
		"инициалом"	а също така	*
197	41	стрелковни полк	"инициалом"	
203	37	наземните	стрелковни батальон	и-чата
210	6	(ПАМОС)	наземните	автора
228	31	(виж схемата)	(ПАМОС)	коректора
233	32	за санитарната обработка	ла не се чете	автора
233	34	Медицинско осигуряване	за килиннето	
242	13	на отбраната	да не се чете	